…я диссертаціи, … …енно-
Медицинской Академіи за 1890—1891 учебный годъ.

№ 19.

КЪ ВОПРОСУ
ДѢЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕЛУДКА
ВЪ ТЕЧЕНІИ
ЗАТЯЖНЫХЪ ЗАБОЛѢВАНІЙ ПОЧЕКЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Василія Кравкова.

…нзорами, по порученію Конференціи, были профессора:
…Манассеинъ, Ю. Т. Чудновскій и прив.-доц. Н. П. Васильевъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія М. М. Стасюлевича, Вас. Остр., 5 лин., 28.

1891.

THE EFFECT OF KIDNEY DISEASE ON THE STOMACH.

THE effect of chronic disease of the kidneys on the stomach and its functional activity forms the topic of a recent graduation thesis by Dr. Kravkoff of the Military Medical Academy, St. Petersburg. Tabular results in twenty-six cases are given. The general acidity was estimated, also that due to free hydrochloric acid. The rapidity with which iodide of potassium introduced by an œsophageal tube was absorbed, so as to appear in the saliva, was also noted. The motor force of the stomach was estimated (1) by Ewald's method, which consists in noting the time which elapses between the administration of salol—which does not decompose until it enters the duodenum—and the appearance of salicylic acid in the urine; (2) by Leube's method, which consists in finding the time in which the stomach empties itself of a certain definite meal by repeated examinations with the œsophageal tube. Lastly, also, the amount of pepsin was estimated by noting the time required by the gastric juice alone, with additional pepsin, with additional hydrochloric acid, and with the addition of both pepsin and hydrochloric acid, to dissolve meat. In the majority of the cases the general acidity was normal, while that due to free hydrochloric acid was diminished. In a few cases the hydrochloric acid acidity was normal, and the general acidity was diminished. In most of the cases the highest degree of digestion was one corresponding to that which Ewald calls the second stage—that is to say, what exists during the second half hour of the process, when the hydrochloric acid is beginning to manifest itself in its free state, and when the lactic acid fermentation is abating. In most of the cases there was a diminution in the amount of the non-organised ferments—pepsine and ptyalin. The absorptive capacity of the stomach was generally found to be normal. The motor force of the stomach was not apparently lessened, except where the patient had become extremely weak, or where a catarrhal condition was in existence. Subacute and chronic attacks of uræmia did not always prevent the secretion of a normal amount of hydrochloric acid in the gastric juice, nor did they necessarily interfere with the due digestive power of the latter. It would thus appear that the digestive functions of patients with chronic Bright's disease need not necessarily be very seriously impaired, and, indeed, in many cases they may be affected very slightly, if at all. These researches are interesting and instructive, but they required constant recourse to the œsophageal tube, which is by no means pleasant for the patients, and may sometimes be fraught with danger; thus, in some of Dr. Kravkoff's cases the first time the tube was introduced an acute attack of uræmia was set up, a result which should make clinical observers somewhat cautious as to such experiments in cases of nephritis.



Изъ Александровской Больницы въ память 19 февраля 1861 г.

Серія диссертацій, защищавшихся въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи за 1890—1891 учебный годъ.

№ 19.

КЪ ВОПРОСУ
О ДѢЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕЛУДКА
ВЪ ТЕЧЕНІИ
ЗАТЯЖНЫХЪ ЗАБОЛѢВАНІЙ ПОЧЕКЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Василія Кравкова.

Цензорами, по порученію Конференціи, были профессора: А. Манассеинъ, Ю. Т. Чудновскій и прив.-доц. Н. П. Васильевъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія М. М. Стасюлевича, Вас. Остр., 5 лин., 28.

1891.

Докторскую диссертацію лекаря Василія Павловича Кравкова подъ заглавіемъ: „Къ вопросу о дѣятельности желудка въ теченіи затяжныхъ заболѣваній почекъ“ печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея.

С.-Петербургъ, декабря 3-го дня 1890 г.

Ученый Секретарь *Насиловъ*.

Въ силу закона взаимной зависимости составныхъ частей животнаго организма, заболѣваніе каждой изъ нихъ, протекая извѣстный промежутокъ времени, смотря по интенсивности и экстенсивности процесса, вызываетъ послѣдовательно бо̀льшую или меньшую группу разстройствъ и въ другихъ частяхъ. Этотъ законъ солидарности тканей особенно рельефно сказывается при затяжныхъ страданіяхъ какого-либо органа, имѣющаго для жизни индивидуума первенствующее значеніе. Для примѣра возьмемъ хоть органическій порокъ сердца, который, будучи вначалѣ чисто мѣстнымъ страданіемъ, съ теченіемъ времени создаетъ для индивидуума цѣлый комплексъ какъ функціональныхъ, такъ и матеріальныхъ разстройствъ въ другихъ органахъ: почкахъ, печени, желудкѣ, и проч. То же самое—vice versa—можно сказать и о случаяхъ первичнаго заболѣванія почекъ, печени, легкихъ и т. д., гдѣ при длительности теченія болѣзни обнаруживается та же наклонность къ постепенному пораженію всѣхъ остальныхъ органовъ тѣла. Всматриваясь въ клиническую картину подобныхъ патологическихъ процессовъ, мы замѣчаемъ, что нарушенія функцій желудка являются всегда чуть-ли не первыми звеньями въ длинной цѣпи послѣдовательныхъ припадковъ основного первичнаго страданія («вторичныя», «послѣдовательныя», «симптоматическія» диспепсіи

вообще, въ частности—dyspepsia cardiaca, hepatica, uterina... авторовъ). Эта чрезвычайная склонность желудка къ послѣдовательнымъ страданіямъ, въ зависимости отъ заболѣванія различныхъ органовъ тѣла, не должна представлять для насъ ничего страннаго, такъ какъ и при условіяхъ нормально-физіологическаго теченія жизни конкуррируетъ огромное число моментовъ, могущихъ одновременно оказывать на актъ желудочнаго пищеваренія такое же вліяніе, какъ на пульсъ, дыханіе и прочія функціи, подтвержденіемъ чему являются факты изъ обыденной жизни, клиническія наблюденія и, наконецъ, спеціальныя въ этомъ направленіи изслѣдованія слѣдующихъ авторовъ: проф. Засѣцкаго [1]), д-ровъ В. Груздева [2]) и Шполянскаго [3]) (вліяніе на дѣятельность желудка—*потѣнія*), Germain Sée [4]) и д-ра Вилижанина [5]) (вліяніе *высокой внѣшней температуры*), Kretschy [6]) и Fleischer'a [7]) (вліяніе *регулъ*), Busch'a [8]) (одно наблюденіе надъ вліяніемъ *времени сутокъ*, 1858 г.), д-ровъ Буржинскаго [9]), Раппопорта [10]) и Жданъ-Пушкина [11]) (вліяніе *сна* и *бодрствованія*) и, наконецъ, д-ра Вагнера [12]) (вліяніе *покоя*, *движенія*, *физической работы* и *сна*). Что касается дѣятельности желудка при различныхъ пато-

---

[1]) Сборникъ работъ изъ кабинета проф. Манассеина 1879 г.

[2]) Врачъ 1889 г. № 20.

[3]) О вліяніи потѣнія на продолжительность пребыванія пищи въ желудкѣ. Диссерт. Спб. 1886.

[4]) Des dyspepsies gastro-intestinales. Paris. 1881 г.

[5]) Клиническая Газета 1887 г., стр. 300 (опыты надъ животными).

[6]) Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. XVIII. 1876 г.

[7]) Berlin. klin. Wochenschr. 1882 г. № 7.

[8]) Virchow's Arch. T. XIV.

[9]) Врачъ 1887 г. № 47.

[10]) Врачъ 1889 г. №№ 5, 6.

[11]) Врачъ 1889 г. №№ 6, 7, 8.

[12]) Диссертація. Спб. 1888 г.

логическихъ состояніяхъ организма, то вопросъ этотъ былъ изучаемъ въ слѣдующихъ случаяхъ: у многихъ *инфекціонныхъ больныхъ* какъ *съ лихорадкой*, такъ и безъ нея [проф. Манассеинъ [1]), проф. Засѣцкій [2]), Uffelman [3]), Velden [4]), Gluzinsky-Wolfram [5]), Cahn и Mering [6]), С. С. Боткинъ [7]), Kussmaul, Leube, и проч.], въ томъ числѣ—*у чахоточныхъ* [Edinger [8]), Klemperer [9]), Rosenthal [10]), Brieger [11]), C. Hildebrand [12]), С. Груздевъ [13]), F. Schetty [14]), проф. Immermann [15]), W. Jaworski [16]), д-ръ Бернштейнъ [17]) и др.], *при золотухѣ*, *хлорозѣ*, *анеміи* [проф. Манассеинъ [18]), Lenhartz [19]), Ritter, Hirsch, Kredel, Openchowski, Frantzen [20]), и проч.], *при скорбутѣ* [С. С. Боткинъ [21])], *при болѣзняхъ дыхательныхъ путей* [Chelmonscki [22])]; *при болѣзняхъ сердца* [Riegel [23]), E. Hüfler [24]),

---

1) Военно-Медиц. Журн. 1872 г. (опыты надъ животными).
2) Военно-Медиц. Журн. 1879 г.
3) Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1877 г. T. 20.
4) Berl. klin. Wochensch. 1877 г. № 42.
5) Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1888 г. T. 42.
6) Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1880 г. T. 39.
7) Клиническая Газета 1889 г.
8) Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1880 г. T. 29.
9) Berlin. klin. Wochenschr. 1889 г. № 11.
10) Berlin. klin. Woch. 1888 г.
11) Deutsch. Med. Woch. 1889 г. № 14.
12) Deutsch. Med. Woch. 1889 г. № 15.
13) Врачъ 1889 г. №№ 15, 16.
14) Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1889 г. T. 44.
15) Verh. d. Congr. f. in. Med. VIII Congr. Wiesbad. 1889 г.
16) Патологія и терапія болѣзней желудка. Перев. 1890 г.
17) Диссертація. Дерптъ. 1889 г.
18) Virchow's Arch. T. 55, стр. 413.
19) Deutsch. med. Woch. 1890 г. №№ 6, 7.
20) Цитир. по Вагнеру.
21) Клиническая Газета 1889 г.
22) Revue de Med. 1889 г., стр. 610.
23) Zeitsch. f. kl. Med. 1886 г. T. 11.
24) Münch. med. Woch. 1889 г. № 33.

A. Adler, R. Stern [1]), Н. Юрманъ [2])], *при циррозѣ печени* [Л. Фавицкій [3])], *у раковыхъ больныхъ* [см. обширную литературу, собранную въ спеціальныхъ работахъ Нечаева [4]), Войновича [5]) и др.], *у нѣкоторыхъ душевно-больнымъ* C. V. Noorden [6])]; наконецъ, въ мартѣ и апрѣлѣ мѣсяцахъ текущаго года появились одна за другой двѣ работы по вопросу объ отправленіи желудка *при diabetes mellitus* [Rosenstein [7]) и Hans [8])].

Перечисливъ всѣ факторы, какъ физіологическіе, такъ въ особенности и патологическіе, вліяніе которыхъ на дѣятельность желудка было до сихъ поръ болѣе или менѣе изучено, мы не можемъ не замѣтить рѣзко бросающагося въ глаза пробѣла въ существованіи хотя какихъ-либо систематическихъ изслѣдованій особенностей желудочнаго пищеваренія *у нефритиковъ*, несмотря на то, что въ семіотикѣ нефритовъ желудочныя разстройства занимаютъ весьма видное мѣсто и встрѣчаются во всякомъ случаѣ не рѣже, чѣмъ и при другихъ общихъ заболѣваніяхъ, влекущихъ за собой такъ называемыя «послѣдовательныя диспепсіи», съ которыми такъ часто приходится имѣть дѣло клиницисту и практическому врачу, обязаннымъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ рѣшить задачу, съ какой формой диспепсіи они имѣютъ дѣло и какая основная болѣзнь ее вызываетъ. Пополнить означенный пробѣлъ въ литературѣ являлось положительной необходимостью, и я охотно взялся, по предложенію

---

[1]) Berl. klin. Woch. 1889 г. № 49.

[2]) Клиническая Газета 1889 г.

[3]) Клиническая Газета 1889 г.

[4]) О діагностическомъ значеніи отсутствія HCl въ желудочномъ сокѣ. Дисс. 1887, г. Спб.

[5]) Дѣятельность желудка, пораженнаго ракомъ. Дисс. 1890 г. Спб.

[6]) Arch. f. Psychologie. 1887 г. Т. XVIII.

[7]) Berl. kl. Woch. 1890 г. № 13.

[8]) Цитир. по Больничной Газетѣ Боткина 1890 г. № 30 и 31.

глубокоуважаемаго приватъ-доцента Н. П Васильева, выяснить и изучить посильно специфическую дѣятельность желудка въ теченіи разлитаго воспаленія почекъ.

Во время уже производства моей работы появилось предварительное сообщеніе д-ра Бернацкаго [1]), опубликовавшаго результаты произведеннаго имъ изслѣдованія желудочнаго пищеваренія у шести нефритиковъ. Сообщенныя имъ данныя, съ одной стороны, настолько скудны, съ другой же, настолько отчасти несогласны съ результатами моихъ изслѣдованій, что дѣлаютъ этотъ вопросъ еще болѣе интереснымъ и нуждающимся еще въ цѣломъ рядѣ дальнѣйшихъ изслѣдованій.

Болѣзнь почекъ, сопровождаясь упадкомъ ихъ функціональной способности въ дѣлѣ удаленія изъ организма ядовитыхъ продуктовъ обмѣна веществъ и жизнедѣятельности бактерій, производитъ рано или поздно довольно стойкія измѣненія состава крови и ослабленіе питанія всѣхъ тканей; въ результатѣ получается своеобразная форма нарушенія химической конституціи организма, resp.—дискразія, ставящая почечно-больныхъ въ то положеніе неустойчиваго равновѣсія, когда они дѣлаются необычайно расположенными къ различнаго рода инфекціоннымъ воспалительнымъ процессамъ. Положеніе нефритика ухудшается еще болѣе, если къ фактору—засоренію крови негодными продуктами, присоединяется еще другой—истощеніе путемъ потери бѣлка вслѣдствіе альбуминуріи, самой по себѣ, пожалуй, и не такъ опасной, если бы пополненіе траты было всегда обезпечено путемъ надлежащаго усвоенія вводимыхъ питательныхъ веществъ, что́, къ сожалѣнію, бываетъ далеко не часто, такъ какъ ненормальныя пищеварительныя

[1]) Centralblatt f. klin. Med. 1890 г. № 15.

функціи resp. диспепсіи, случающіяся обыкновенно у нефритиковъ, создаютъ тотъ circulus vitiosus, который быстрыми шагами приводитъ больныхъ, наконецъ, къ печальной развязкѣ. Въ видахъ разумной общей діэтетики крайне важно знать поэтому патологофизіологическія свойства специфической дѣятельности желудка у нефритиковъ, тѣмъ болѣе, что радикальную причинную терапію нефрита мы не въ силахъ примѣнить и на долю намъ остается лишь лѣченіе различныхъ болѣзненныхъ при немъ состояній, а главное—поддержаніе питанія больного.

Какъ извѣстно, для успѣшной дѣятельности желудочнаго пищеваренія требуется наличность слѣдующихъ условій: 1) выдѣленіе достаточнаго количества и качества сока; 2) надлежащая резорбціонная способность желудка, и 3) достаточная энергія перистальтическихъ изгоняющихъ силъ послѣдняго. Между этими тремя функціями желудка—секреторной, всасывательной и механической—существуетъ тѣсная связь и взаимодѣйствіе: разстройство одной изъ нихъ влечетъ разстройство другой; при тяжелыхъ болѣзненныхъ процессахъ получается нарушеніе всѣхъ упомянутыхъ функцій; но, прежде чѣмъ наступитъ полное ослабленіе дѣятельности желудка, послѣдній еще долгое время бываетъ въ состояніи викарно компенсировать недостатокъ одной функціи усиленной работой другой.

Прежде чѣмъ перейду къ изложенію полученныхъ мною данныхъ и вытекающихъ изъ нихъ выводовъ, я сначала долженъ описать методику, которой держался при изслѣдованіи дѣятельности желудка во всѣхъ его физіологическихъ функціяхъ—секреторной, всасывательной и двигательной.

А) Изслѣдованіе секреторной функціи желудка. Въ качествѣ пищевого раздражителя для возбужденія отдѣлительной дѣятельности желудка, я почти исклю-

чительно употреблялъ такъ наз. завтракъ Ewald'a [1]). Въ 8—8½ часовъ утра больному на тощакъ (при условіи нормальной температуры тѣла) давалось ⅛ фунта бѣлаго пшеничнаго хлѣба и стаканъ самаго жидкаго теплаго чая безъ сахара. Черезъ часъ послѣ завтрака извлекалось содержимое желудка; за весь часовой промежутокъ до этого извлеченія больной былъ у меня постоянно на глазахъ, сохранялъ покойное сидячее положеніе, не дремалъ и не спалъ. Чтобы не терять лишнихъ нѣсколькихъ дней на пріученіе больного къ глотанію зонда и не упустить вслѣдствіе этого иной разъ интереснаго періода болѣзни, я въ широкихъ размѣрахъ практиковалъ смазываніе зѣва 10%—20% растворомъ кокаина, что продѣлывалъ за 5 минутъ до введенія зонда. И я, и больной оставались всегда этимъ очень довольны. Послѣ 2—3 сеансовъ со смазываніемъ больной уже смѣло обходился безъ него. Непріятныхъ послѣдствій въ видѣ идіосинкразіи къ кокаину ни разу не наблюдалось. Случаи, когда никоимъ образомъ не удавалось пріучить больного покойно глотать зондъ, были весьма рѣдки. Выкачиваніе содержимаго желудка я производилъ зондомъ средней толщины и упругости съ однимъ конечнымъ и двумя боковыми отверстіями; зондъ, при посредствѣ резиновой трубки, сообщался съ обыкновенной Эрленмейеровской колбой, гдѣ черезъ закрывавшую ее пробку проходили двѣ стеклянныя трубки, изъ коихъ одна соединялась съ упомянутой резиновой трубкой, шедшей отъ зонда, другая же, будучи согнута подъ прямымъ угломъ, соединялась съ эластическимъ баллономъ, снабженнымъ клапанами такимъ образомъ, что при поперемѣнномъ его сжатіи воздухъ въ колбѣ разрѣжался и всасывалъ содержимое

---

[1]) Berl. kl. Woch. 1888 г. № 3, 4.

желудка; послѣднее тотчасъ отфильтровывалось (черезъ шведскую бумагу) и фильтратъ изслѣдовался.

Общая кислотность сока опредѣлялась при помощи титрованнаго $^1/_{10}$ нормальнаго раствора ѣдкаго натра; индикаторомъ служилъ насыщенный спиртный растворъ фенолфталеина.

Въ качествѣ *цвѣтовыхъ реактивовъ* на присутствіе свободной HCl я пользовался: 1) бумагой Конго (Congoroth); 2) метильвіолетомъ (воднымъ 0,25‰ растворомъ), предложеннымъ Velden'омъ и Uffelman'омъ; 3) тропеолиномъ 00 Merck'a (насыщеннымъ его воднымъ растворомъ), и 4) реактивомъ Dr. A. Günzburg'a (2 ч. флороглюцина + 1 ч. ванилина + 30 ч. абсолютнаго алкоголя [1]). Относительно упомянутыхъ реактивовъ можно вообще сказать, что для *чистыхъ* водныхъ растворовъ HCl они необыкновенно чувствительны; такъ, опредѣляя посредствомъ извѣстной крѣпости подобнаго раствора тотъ minimum, при которомъ имѣвшіяся у меня краски давали еще реакцію, я получилъ, что предѣлъ чувствительности для конго около 0,001%; при 0,0001% содержаніи HCl окраска совсѣмъ исчезала, тогда какъ для метильвіолета и особенно для тропеолина еще сохранялась; предѣлъ реагированія для реактива Günzburg'a доходилъ до 0,000001% HCl. Но ясность реакціи всѣхъ ихъ значительно уменьшается, если приходится имѣть дѣло не съ чистымъ воднымъ растворомъ HCl, а напримѣръ съ желудочнымъ сокомъ, т.-е. въ присутствіи органическихъ кислотъ, солей, бѣлковъ, и пр., маскирующихъ реакцію. На основаніи своихъ изслѣдованій я на первомъ планѣ по чувствительности ставлю реактивъ Günzburg'a, а на второмъ— тропеолинъ, затѣмъ уже метильвіолетъ и конго.

Количественное опредѣленіе HCl произведено частью

---

[1]) Centralbl. f. kl. Med. 1887 г. № 40.

по Sjöqvist'у (98 анализ.) [1], частью *по Bourget* (157 анал.) [2], двумя способами, изъ которыхъ у насъ въ русской литературѣ первый былъ подробно разобранъ и провѣренъ д-ромъ М. Блюменау [3], а второй—д-ромъ Кіяновскимъ [4]. Излагать процедуру анализовъ я считаю излишнимъ и позволю себѣ сослаться прямо на подлинныя описанія упомянутыхъ авторовъ. Всѣхъ анализовъ количественнаго опредѣленія мною было продѣлано болѣе 255, но многіе изъ нихъ по различнымъ случайностямъ пришлось выключить. Бо̀льшую часть анализовъ, какъ видно, я произвелъ по способу Bourget, такъ какъ, по моему, онъ и болѣе простъ, и болѣе объективенъ, чѣмъ способъ Sjöqvist'а.

Опредѣленіе молочной кислоты (и ея солей) производилось способомъ, уже давно признаннымъ пригоднымъ для практическихъ цѣлей, реактивомъ Uffelman'а, приготовлявшимся всегда ex tempore (20 к. с. дестил. воды+3 капли карболовой кислоты+3 капли полуторахлористаго желѣза). Къ реактиву по каплямъ приливался или прямо профильтрованный сокъ, или же водный растворъ эфирной вытяжки изъ него, увлекавшей только молочную кислоту. По интенсивности окра̀ски заключалось приблизительно и о количествѣ этой кислоты.

Изслѣдованіе бѣлковыхъ продуктовъ пищеваренія. Въ пробирку наливалось 2—3 к. с. сока и кипяченіемъ приблизительно опредѣлялось количество свертывающагося бѣлка (альбумина); о количествѣ же синтонина судилось по интенсивности мути, получавшейся при нейтрализаціи. Свернувшійся при кипяченія бѣлокъ—отфильтровывался, и фильтратъ, будучи подкисленъ

---

[1]) Zeitsch. f. physiolog. Chemie 1889 г. T. XIII.
[2]) Archive de médecine expérim. et d'an. path. 1889. T. I.
[3]) Врачъ, 1889 г. № 9 и 10.
[4]) Врачъ, 1890 г. № 16.

1 каплей уксусной кислоты и затѣмъ разбавленъ равнымъ количествомъ насыщеннаго воднаго раствора NaCl, давалъ реакцію на парапептонъ (=геміальбумозу Кюне), въ присутствіи котораго получалась большая или меньшая муть въ пробиркѣ. Давши отстояться этой мути, содержимое пробирки я затѣмъ выливалъ на фильтръ и фильтратъ изслѣдовался на пептоны при помощи біуретовой реакціи: 1—2 капли 1% раствора мѣднаго купороса+2—4 капли 10% раствора ѣдкаго натра (пурпуровокрасная окраска). Послѣднюю порцію, которая изслѣдовалась на пептонъ, я затѣмъ утилизировалъ и для опредѣленія присутствія сахара прибавленіемъ еще нѣсколькихъ капель ѣдкаго натра и послѣдующимъ подогрѣваніемъ (Троммеровская реакція).

Для меня, такимъ образомъ, было достаточно 2—3 куб. с. сока, чтобы продѣлать реакціи на свертывающійся бѣлокъ, парапептонъ, пептонъ и сахаръ.

Изслѣдованіе крахмала и его дериватовъ производится на основаніи реакціи ихъ съ іодомъ; приливая по каплямъ въ пробирку съ испытуемой жидкостью— Lugol'евскаго раствора (0,1 іода+0,2 іодистаго калія+200 дестил. воды), мы, въ случаѣ присутствія въ ней всѣхъ продуктовъ превращенія крахмала, получаемъ сначала пурпуровокрасное окрашиваніе (=эритродекстринъ), затѣмъ послѣдовательно: обезцвѣчиваніе (=ахроодестринъ и сахаръ) и синее (=крахмалъ) или фіолетовое (=смѣсь). Способность давать реакцію съ іодомъ у декстриновъ больше, чѣмъ у крахмала, такъ что іодистый крахмалъ долженъ получаться уже послѣ того какъ всѣ декстрины насытятся іодомъ; если, напримѣръ, сразу появляется синее окрашиваніе, то это значитъ, что декстриновъ нѣтъ, а имѣется лишь одинъ крахмалъ; при отсутствіи всѣхъ декстриновъ и крахмала получается прямо желтая окраска. Объ опредѣленіи сахара я только что упомянулъ выше.

Я долженъ еще оговориться, что, въ виду близкаго по реакціямъ сходства мальтозы и декстрозы, у меня для каждаго отдѣльно случая не было помѣчено, зависѣла ли реакція Троммера и насколько, отъ того или другого конечнаго продукта превращенія крахмала. Поэтому, буду употреблять общее названіе „сахаръ“, не претендуя, такимъ образомъ, на точную дифференцировку мальтозы и декстрозы.

Изъ ферментовъ желудочнаго сока изслѣдованію подлежали *сычугъ* и *пепсинъ*.

Сычужный ферментъ=сычугъ. Существованіе его теперь признается большинствомъ физіологовъ и химиковъ; на счетъ его имѣются классическія изслѣдованія Hammarsten'а [1]) который первый научно установилъ доктрину сычужной ферментаціи; по этому вопросу затѣмъ появилась масса работъ, какъ-то A. Schmidt'а, Kapeller'а, Soxlett'а [2]) и друг. Особенно много потрудились надъ разработкой этого вопроса за послѣднее время Johnson, Boas, Klemperer [3]), C. Rosenthal [4]), H. Leo [5]), Ванъ-Путеренъ [6]), П. Вальтеръ [7]). Labferment или сырообразующій ферментъ—это такое вещество въ желудкѣ, въ присутствіи котораго желудочный сокъ, будучи смѣшанъ съ молокомъ, при амфотерной или нейтральной реакціи, производитъ свертываніе=Labcasein=сыръ=сычужную творожипу. Этотъ казеинъ, свернувшійся подъ вліяніемъ сычуга, рѣзко

---

[1]) Jahresb. f. Thierchemie. 1872 г. II.
„ „ „ 1874 г. IV.
„ „ „ 1877 г. VII.

[2]) Руков. къ физіологіи, изд. Германна, пер. Щербакова.

[3]) Zeitsch. f. klin. Med. 1888 г. T. 14.

[4]) Berlin. kl. Woch. 1888 г. № 45.

[5]) Berlin. kl. Woch. 1888 г. № 49.

[6]) Матеріалы для физіол. жел. пищев. въ первые два мѣсяца жизни. Дисс. 1889 г.

[7]) Врачъ, 1890 г. № 1—5.

отличается отъ обыкновеннаго казеина, получающагося подъ вліяніемъ кислотъ („Säurecasein“=кислотная творожина), во-1-хъ, своей компактностью и связностью, во-2-хъ, значительно меньшей способностью раствореніи въ щелочахъ и кислотахъ, въ-3-хъ, тѣмъ, что какъ бы тщательно ни промывался водой, онъ всегда, въ противоположность кислотной творожинѣ, при сжиганіи даетъ зольныя части, содержащія фосфаты земель; послѣднія соли составляютъ не только небходимый ингредіентъ сыра, но являются и необходимымъ факторомъ самаго сырнаго створаживанія въ томъ смыслѣ, что „превращенный дѣйствіемъ фермента казеинъ въ присутствіи земель принимаетъ форму сыра“. Наконецъ, въ числѣ главныхъ отличій этихъ двухъ свернувшихся казеиновъ есть и то, что 4) сыворотка изъ-подъ Labcasein'а обладаетъ ферментативнымъ дѣйствіемъ, сыворотка же изъ подъ Säurecasein'а—нѣтъ. Boas и Klemperer признаютъ, что слизистая оболочка нормальнаго человѣческаго желудка выдѣляетъ прямо не Labferment, а зимогенъ этого фермента (Labzymogen. labenzym), т.-е., сычужное начало, для перехода котораго въ ферментъ необходимо присутствіе свободпой HCl или достаточнаго количества молочной кислоты. Другіе отрицаютъ присутствіе этого „предварительнаго сычужнаго фермента“, какъ, напр., Rosenthal, С. С. Боткинъ [1]). У меня, какъ будетъ видно ниже, получались результаты, отчасти не подтверждающіе теоріи Boas'а, а именно: при ничтожной кислотности сока (см. III и IV группу случаевъ) свертокъ, хотя и медленно, но получался; между тѣмъ три раза, (см. IV гр. сл.) констатировался только Labzymogen. Для доказательства присутствія Labferment'а я поступалъ такъ: бралъ въ пробирку профильтрованнаго желудочнаго сока въ количествѣ 2 куб. с., нейтрализовалъ его, затѣмъ

---

[1]) Клинич. Газета, 1889 г. № 28.

приливалъ сюда 10 куб. с. предварительно нейтрализованнаго сырого молока и все это ставилъ въ термостатъ при 30—40° Ц.; черезъ нѣсколько минутъ, въ случаѣ присутствія фермента, получался компактный желеобразный свертокъ, съ трудомъ выливавшійся изъ пробирки. Подъ вліяніемъ Labferment'а сырое молоко въ 10 разъ скорѣе свертывается, чѣмъ кипяченое. Для доказательства Labzymogen'а предварительно разрушаютъ ферментъ: или a) нагрѣвая сокъ выше 70° Ц., или же b) нейтрализуя сокъ до ясной щелочной реакціи; затѣмъ, какъ выше, берутъ двѣ пробы: 2 к. с. сока (гдѣ ферментъ разрушенъ)+10 куб. с. нейтральнаго молока; въ пробу № 1 прибавляютъ 2 к. с. 5% раствора хлористаго кальція, проба же № 2 оставляется такъ. Въ случаѣ присутствія зимогена изъ пробы № 1 при t° 35—40 скоро выдѣляется казеинъ; въ пробѣ же № 2 даже въ теченіе нѣсколькихъ часовъ свертыванія не получается. Въ своихъ случаяхъ (3), при неполученіи Labcasein'а въ теченіе 2 часовъ, мнѣ понятно не было надобности продѣлывать манипуляціи, примѣняемыя для разрушенія Labferment'а и, для обнаруженія Labzymogen'а, я или въ ту же пробную порцію, или же въ новую прямо прибавлялъ 2 к. с. 5% раствора хлористаго кальція; свертокъ получался черезъ ½—1 часъ. По скорости створаживанія молока можно было приблизительно судить о количествѣ или энергіи Labferment'а.

Опредѣленіе пепсина производилось путемъ искусственнаго пищеваренія по отношенію къ бѣлковому кружку. Изъ крутого бѣлка куринаго яйца при помощи двойного ножа и пробойника дѣлались кружки всегда одинаковой величины (1 миллим. толщиной и 8 мил. въ діаметрѣ), сохранявшіеся затѣмъ въ глицеринѣ и заготовлявшіеся не болѣе, какъ на 2 недѣли; предъ употребленіемъ въ дѣло они тщательно промывались въ водѣ; потомъ брались 4 пробирки, въ каж-

дую изъ нихъ наливалось по 5 куб. с. сока и опускалось туда по одному бѣлковому кружку; въ порцію № 2 прибавлялся пепсинъ (5—6 гранъ), въ порцію № 3—2 капли acid. muriat. dil., въ порцію № 4—и то, и другое; всѣ пробирки съ сокомъ ставились въ термостатъ при 35--38° Ц. и, по времени растворенія бѣлка въ каждой, заключалось о недостаткѣ той или другой составной части желудочнаго сока и о пептической силѣ послѣдняго. Кружокъ при нормальныхъ условіяхъ для своего растворенія въ чистомъ желудочномъ сокѣ требуетъ приблизительно 1 часъ времени.

По чисто внѣшнимъ причинамъ время растворенія кружка я отмѣчалъ черезъ 15-ти-минутные промежутки (1—1¼—1½ часа и т. д.) и болѣе сутокъ за перевариваніемъ его я не слѣдилъ. Изъ циркулирующихъ въ продажѣ препаратовъ пепсина я выбралъ pepsinum russicum, какъ препаратъ наилучшій, согласно изслѣдованій д-ра Липскаго, дѣлавшаго объ этомъ докладъ на I съѣздѣ русскихъ врачей.

В) *Всасывательная функція желудка* опредѣлялась по времени появленія въ слюнѣ принятаго внутрь іодистаго калія. Этотъ способъ опредѣленія былъ впервые затронутъ Penzold'омъ и Faber'омъ [1]), опредѣлившими время появленія для здоровыхъ субъектовъ=10—15 минутъ. Затѣмъ этимъ вопросомъ занимались Sticker [2]), Zweifel [3]) (изъ клин. Eichhorst'a), J. Wolff [4]), Ewald [5]), Boas; изъ соотечественниковъ— Засѣцкій, Тумасъ, Исаковъ. Къ полному соглашенію на счетъ времени появленія JK въ слюнѣ здоровыхъ индивидуумовъ до сихъ поръ еще окончательно не пришли.

---

[1]) Berl. kl. Woch. 1882 г. № 21.
[2]) Berl. kl. Woch. 1885 г. № 35, 36.
[3]) Deutch. Arch. f. kl. Med. 1886 г. № 39.
[4]) Zeitsch. f. kl. Med. Bd. 6, H. II.
[5]) О способахъ изслѣдов. жел. и его содерж. Перев. Блюменау.

Большинство ставитъ крайній предѣлъ=15 минутъ; но имѣются, напримѣръ, такія мнѣнія, какъ J. Wolff'a, который срокъ всасыванія JK ставитъ въ болѣе широкія границы и не видитъ ничего патологическаго въ появленіи въ слюнѣ JK даже черезъ 1—1½ часа. По всасыванію іода заключать о всасывательной функціи *вообще*—я думаю надо осторожно, а потому въ рубрикахъ таблицъ я помѣтилъ: „всасывательная способность *для* JK". На тощакъ, какъ извѣстно, всасываніе совершается скорѣе, чѣмъ при наполненномъ желудкѣ. Своимъ больнымъ я обыкновенно давалъ на тощакъ желатинозную капсюлю съ 10 гран. JK, которая ими проглатывалась, будучи тщательно снаружи вытертой. Затѣмъ, каждыя 3—4 минуты бралась ихъ слюна на высушенную крахмальную бумажку, на которую наносилась капля разведенной азотной кислоты; время отъ принятія до появленія красноватой окраски на бумажкѣ показывало энергію всасыванія. Я сдѣлалъ такихъ опредѣленій числомъ 74. Числа, полученныя мной, колеблятся между 7—20 минутами (см. ниже).

C) Опредѣленіе механической силы желудка. Изъ всѣхъ предложенныхъ способовъ изслѣдованія ея я выбралъ два—1) способъ Ewald'a-Sievers'a [1]), и 2) способъ Leube-Riegel'я [2]). Ewald основываетъ свой способъ на томъ принципѣ, что salol, представляя соединеніе фенола съ салициловой кислотой, попавши изъ кислой среды желудка въ щелочную среду duodeni, подъ вліяніемъ панкреатическаго сока тотчасъ же разлагается и немедленно всасывается, обусловливая появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты, которая съ нѣсколькими каплями liq. ferri sesquichl. даетъ фіолетовую окраску. По времени появленія салицилуровой кислоты въ мочѣ, Ewald судитъ о времени

[1]) О способахъ изсл. жел. сока и его содерж. Перев. Блюм.
[2]) О распознаваніи и леченіи бб. жел. Riegel'я. Перев. 1888 г.

поступленія салола изъ желудка въ кишки и говоритъ, что при нормѣ, послѣ принятія 1 грм. салола, реакція въ мочѣ должна появиться черезъ 40 и maximum 75 минутъ. Примѣняя салолъ для клиническихъ цѣлей, Ewald руководствовался изслѣдованіями Nencky, Sahli и Lepine'a, утверждавшими неизмѣняемость салола въ кислой средѣ желудочнаго содержимаго. Но діагностическая роль этого средства должна была быть ослаблена появившейся работой д-ра Родзаевскаго [1]), доказавшаго, что разложеніе салола возможно не только по протяженію всего желудочно-кишечнаго тракта, но даже въ другихъ тканяхъ, несмотря на кислую реакцію, и что въ этомъ разложеніи видную роль играютъ бродильные процессы.

Къ такимъ же въ общемъ результатамъ пришелъ почти одновременно M. Lesnik [2]). Неудовлетворительность способа Ewald'a затѣмъ была доказана Brunner'омъ [3]), Huber'омъ [4]), Decker'омъ [5]); послѣдніе двое рекомендуютъ для опредѣленія двигательной недостаточности желудка руководствоваться скорѣе продолжительностью реакціи въ мочѣ, считая за норму 26 часовъ. Несмотря на такія данныя, умаляющія значеніе салоловой пробы, я все-таки, въ виду ея общераспространенности, сдѣлалъ 62 опредѣленія по этому способу, давая спустя часъ послѣ обѣда больнымъ 10 гранъ означеннаго препарата. Сожалѣю, что мнѣ не пришлось зарегестрировать еще продолжительность реакціи въ мочѣ на салицилуровую кислоту; я думаю,

---

[1]) Врачъ, 1888 г. № 8—9. Предварит. сообщеніе „по поводу способа Ewald'a и Sievers'a".

Его же докладъ на III съѣздѣ русскихъ врачей 1889 г. „О разложеніи нѣкоторыхъ соединеній салициловой группы въ организмѣ".

[2]) Arch. f. experimentelle Pathologie u. Pharmac. T. XXIV.

[3]) Deutsch. med. Woch. 1889 г. № 7.

[4]) Münch. med. Woch. 1889 г. № 19.

[5]) Berl. klin. Woch. 1889 г. № 45.

что это было бы не безъинтересно въ отношеніи вопроса о выдѣленіи салола больными почками, по аналогіи съ другими лѣкарственными веществами, на выдѣленіе которыхъ мочей нефритиковъ было уже обращено вниманіе авторовъ; укажу хоть на работу Ѳ. Гейслера [1]).

Изслѣдованій моторной дѣятельности желудка по способу Leube мною сдѣлано 46 разъ.

Въ обѣдъ больному назначалось: тарелка супа, одна котлета (32—40 золотниковъ мяса) и $^1/_2$ фунта бѣлаго хлѣба. Послѣ обѣда больной ничего не ѣлъ и не пилъ втеченіе $6^1/_2$—7 часовъ; по истеченіи этого срока выполаскивался желудокъ и опредѣлялось, содержитъ ли онъ остатки пищи или нѣтъ.

Теперь перейду къ разбору имѣвшагося у меня патологическаго матеріала. Наблюденія мои обнимаютъ 26 случаевъ; всѣ больные — мужчины, большею частію изъ бѣднаго чернорабочаго класса; по возрастамъ располагаются слѣдующимъ образомъ:

18	лѣтъ		1	человѣкъ.
20	„		1	„
21	„		1	„
27	„		2	„
29	„		1	„
30	„		1	„
32	„		1	„
33	„		1	„
34	„		2	„
35	„		1	„
36	„		1	„
39	„		2	„
41	„		5	„
42	„		1	„
43	„		1	„
44	„		1	„

[1]) „Къ вопросу о выдѣленіи іода почками“. Дисс. 1888 г.
Его же: „Скорость выдѣленія іодистаго калія мочей, какъ діагностич. призн. нѣкот. формъ нефрита“. Врачъ, 1888 г. №№ 26, 27.

49 лѣтъ		1	человѣкъ.
50 „		1	„
56 „		1	„

Весь этотъ контингентъ больныхъ представлялъ клиническую картину *диффузнаго* болѣе или менѣе хроническаго воспаленія почекъ съ преобладаніемъ измѣненій то паренхиматозныхъ (наприм. № 5, 7), то интерстиціальныхъ (наприм. № 20, 24, 25) [1]). Большинство поступало съ сильно выраженными припадками разстроенной компенсаціи почекъ, а часто и сердца, — съ отеками, замѣчавшимися у нихъ уже не въ первый разъ; въ случаяхъ же, гдѣ больные замѣчали отеки лишь въ пер-

[1]) Со временъ знаменитаго британскаго врача Rich. Bright'а (1827 г.), который первый доказалъ и точно формулировалъ внутреннюю связь между водянкой, альбуминуріей и пораженіемъ почекъ, литература по выясненію характера и сущности происходящихъ при этомъ измѣненій въ почкахъ, разрослась до солидныхъ размѣровъ, представляя и до сихъ поръ довольно запутанную исторію самыхъ противоположныхъ взглядовъ. Въ результатѣ многочисленныхъ изслѣдованій получился все-таки тотъ несомнѣнный фактъ, что почки во всѣхъ случаяхъ ихъ воспаленія могутъ представлять самую разнообразную патолого-анатомическую картину и между двумя крайними основными типами—такъ-называемой большой бѣлой почкой и сморщенной зернистой—имѣющими опредѣленную и клиническую физіономію,—существуетъ цѣлый рядъ промежуточныхъ формъ, характеризующихся соотвѣтственной пестротой ихъ клиническаго теченія. Невольно долженъ былъ возникнуть вопросъ, являются-ли различныя анатомическія измѣненія при Брайтовой болѣзни какъ самостоятельные, не имѣющіе между собой ничего общаго, строго разграниченные другъ отъ друга процессы, или же эти измѣненія не представляютъ ничего исключительнаго, а суть лишь различныя послѣдовательныя стадіи одного и того же процесса. Во взглядахъ на этотъ предметъ изслѣдователи дѣлятся на два лагеря: унпцистовъ и дуалистовъ. Первые (Rayer, Frerichs, Reinhard, Leyden, Bamberger, Dieulafoi, Aufrecht, Weigert, Rosenstein, Senator и проч.) исповѣдуютъ доктрину патологическаго единства почечнаго воспаленія, вторые же (Samuel Wilks, Buhl, Bartels, Johnson и проч.) видятъ въ большой бѣлой почкѣ и малой зернистой—процессы sui generis, не переходящіе другъ въ друга, представляющіе различную анато-

вый разъ, можно было — частью изъ анамнеза, частью изъ данныхъ объективнаго изслѣдованія— убѣдиться въ затяжномъ характерѣ почечнаго процесса, который раньше протекалъ или совершенно для больныхъ скрытно, или же заявлялъ себя различными припадками то головной боли, то сердцебіенія, то желудочно-кишечныхъ разстройствъ и т. д. Клиническіе симптомы уреміи наблюдались — острые, подострые и хроническіе, въ формахъ: то мозговой, то легочной, то желудочно-кишечной; чаще же всего—въ формѣ подострой и хронической діарреи, при отсутствіи субъективныхъ разстройствъ со стороны желудка. У большинства нефритиковъ (около 20-ти) какъ общія явленія, такъ и самочувствіе обнаруживали наклонность къ прогрессивному улучшенію, такъ что бывшія вначалѣ сильно выраженными водяночныя явленія постепенно падали; въ соотвѣтствіи съ этимъ убывалъ вѣсъ больного, діурезъ повышался, количество бѣлка въ мочѣ (опредѣлялось по Esbach'у) уменьшалось, діарейныя явленія ослабѣвали и больной наконецъ выписывался хорошо окрѣпшимъ и поправившимся безъ отековъ, съ нормальнымъ стуломъ и т. д., представляя часто лишь одинъ патологическій симптомъ— альбуминурію. Остальные случаи—въ противоположность означеннымъ—протекали сравнительно монотонно: улучшеніе было не рѣзкое или же никакого.

Случаевъ, гдѣ въ анамнезѣ значился abusus in Baccho, было девять.

Случаевъ смерти одинъ.

Съ осложненіями: глистами . . . . . 1 сл. (№ 5).

мическую подкладку и даже различную этіологію. Въ послѣднее время большинство придерживается унитарной теоріи, кладя въ основу воспаленія почекъ комбинированное съ неодинаковой интенсивностью пораженіе всѣхъ элементовъ органа—какъ паренхиматозныхъ, такъ и интерстиціальныхъ (*Nephritis diffusa*).

Примѣч. автора.

меркуріальн. стоматитомъ 1 сл. (№ 13).

Случаевъ съ одновременнымъ существованіемъ:

хроническаго эндокардита . . . . 2 (№ 1, 10).
цирроза печени. . . . . 1 (№ 7).
каріознаго процесса костей плюсны 1 (№ 25).
артеріосклероза. . . . . 1 (№ 6).

Выкачиваніе желудочнаго содержимаго дѣлалось или каждый день, или же черезъ одинъ и нѣсколько дней.

Діэтой больнымъ служила смѣшанная пища.

Вліяніе медикаментовъ на желудокъ было исключено и послѣдніе давались, по мѣрѣ надобности, лишь въ дни, когда извлеченія сока не дѣлалось.

Изслѣдованію специфической дѣятельности желудка были предпосылаемы обычные физическіе методы его изслѣдованія (постукиваніе, ощупываніе, раздуваніе его шипучей смѣсью и проч.) и, лишь въ случаѣ отрицательныхъ результатовъ съ этой стороны, больной подвергался анализамъ.

Полученные мною результаты изслѣдованія функціи желудка у нефритиковъ представляются весьма неоднообразными: вмѣстѣ со случаями нормальной функціи имѣются и такіе, гдѣ послѣдняя или немного или рѣзко ослаблена. Чтобы лучше оріентироваться, я нашелъ возможнымъ полученныя данныя подвести подъ четыре группы случаевъ, кладя въ основу дѣленія количественное содержаніе HCl въ сокѣ и пептическую силу послѣдняго.

I группа. Случаи (4), гдѣ количество свободной HCl достигало обыкновенно нормальныхъ цифръ [1]) и бѣлковый кружокъ растворялся черезъ $^3/_4$—2 часа. Цвѣтовыя реакціи на присутствіе HCl—рѣзки. Молочная кислота—постоянно. Всѣ виды бѣлка—начиная

---

[1]) Принимая за норму количества HCl при завтракѣ Ewald'a $= 0{,}1\% - 0{,}2\%$.

отъ альбумина, кончая пептономъ. Присутствіе крахмала и всѣхъ его продуктовъ превращенія—до сахара включительно. Labferment—всегда. Всасывательная и двигательная функціи желудка нормальны. Прибавленіе пепсина часто ускоряетъ искусственное пищевареніе, прибавленіе же acidi muriati diluti—часто замедляетъ его.

Общая кислотность = 0,16% — 0,34%
(одинъ разъ = 0,08%).
Количество HCl = 0,059% — 0,17%
(одинъ разъ = 0,009%).

См. исторіи болѣзней и табл. №№ 1, 2, 5, 6.

II группа. Случаи (15), гдѣ количество свободной HCl было обыкновенно уменьшено, достигая иногда субнормальной цифры. Перевариваніе бѣлковаго кружка совершалось черезъ 1¼—10 часовъ. Цвѣтовыя реакціи на присутствіе HCl получались постоянно въ различной степени интенсивности—отъ рѣзкой до слабой. Молочная кислота была постоянно. Всѣ виды бѣлка—отъ альбумина до пептона. Присутствіе крахмала и всѣхъ его дериватовъ—до сахара. Labferment—всегда. Всасывательная функція желудка нормальна. Двигательная въ трехъ случаяхъ (№ 7, 9, 19) ослаблена. Прибавленіе пепсина—часто, а прибавленіе acidi muriat. dil. постоянно—ускоряли искусственное пищевареніе.

Общая кислотность = 0,087% — 0,35%.
Количество HCl = 0,011% — 0,091%.

См. истор. бол. и табл. №№ 3, 4, 7, 8, 9... по 19.

III группа. Случаи (3), гдѣ при значительномъ уменьшеніи HCl желудочный сокъ все-таки иногда въ состояніи былъ собственными силами переварить бѣлковый кружокъ черезъ 4—24 часа. Цвѣтовыя реакціи на присутствіе HCl были выражены слабо, часто совсѣмъ отсутствовали. Молочная кислота—постоянно. Всѣ виды бѣлка отъ альбумина до пептона;

послѣдній иногда въ видѣ слѣдовъ. Процессъ сахарофицированія—въ стадіи декстриновъ (ахроо-, эритро-) и сахара; иногда—растворенный крахмалъ. Labferment—всегда, но энергія его ослаблена. Всасывательная и двигательная функціи желудка нормальны. Недостатокъ болѣе HCl, чѣмъ пепсина.

Общая кислотность = 0,01% — 0,14%.

Количество HCl = 0,002% — 0,029%.

См. истор. бол. и табл. №№ 20, 21, 22.

IV группа. Случаи (4), гдѣ пищеварительная сила сока до того ослаблена, что бѣлковый кружокъ не обнаруживалъ никакихъ признаковъ растворенія даже по истеченіи сутокъ. Присутствіе свободной (?) HCl большею частью могло быть доказано лишь количественнымъ опредѣленіемъ, а не обычными качественными цвѣтовыми реакціями. Молочная кислота открывалась постоянно. Пептонъ часто или отсутствовалъ или обнаруживался въ видѣ слѣдовъ. Процессъ сахарофицированія—въ стадіи ахроодекстрина и сахара. Labferment открывался не всегда; энергія его ослаблена; въ трехъ случаяхъ лишь Labzymogen. Всасывательная функція желудка ослаблена лишь у 2-хъ (№ 24, 25), и то *сравнительно.* Механическая сила—у всѣхъ ослаблена. Прибавленіе HCl и особенно HCl + pepsin рѣзко улучшаетъ искусственное пищевареніе.

Общая кислотность = 0,014% — 0,09%.

HCl = 0,002% — 0,008%.

См. истор. бол. и табл. №№ 23, 24, 25, 26.

Общій признакъ, какъ видно, для всѣхъ группъ слѣдующій: 1) кислая реакція сока, 2) присутствіе въ большемъ или меньшемъ количествѣ молочной кислоты, 3) постоянное нахожденіе ахроодекстрина и сахара, и 4) вѣроятный недостатокъ пепсина (судя по тому, что прибавленіе послѣдняго почти всегда ускоряло искусственное пищевареніе и, въ худшемъ случаѣ никогда его не тормозило).

Полученное непостоянство и разнообразіе количественнаго содержанія HCl во всѣхъ наблюденныхъ мною случаяхъ сказывается и въ каждомъ отдѣльномъ изъ нихъ, у одного и того же индивидуума за время теченія его болѣзни. При внимательномъ разсматриваніи исторій болѣзни нельзя не замѣтить, что колебаніе HCl у каждаго отдѣльнаго индивидуума имѣетъ извѣстную законосообразность и находится въ соотношеніи съ нѣкоторыми клиническими симптомами. Какъ правило можно высказать, что съ улучшеніемъ общихъ явленій и самочувствія больного, съ подъемомъ его силъ— количество HCl послѣдовательно повышается и пищеварительная сила сока увеличивается. Это особенно наглядно можно наблюдать на случаяхъ, гдѣ процессъ прогрессивнаго—изо дня въ день—улучшенія въ состояніи организма выраженъ наиболѣе рельефно; здѣсь, какъ видно изъ синоптическихъ таблицъ, кривая HCl идетъ crescendo и, въ отечный періодъ, всегда параллельно съ кривой діуреза, достигающаго къ окончанію отековъ своего acme; по исчезновеніи же водяночныхъ явленій, когда діурезъ или остается приблизительно in statu quo, или понижается, кривая HCl или продолжаетъ все подниматься, или же идетъ, какъ и ранѣе, въ параллель съ діурезомъ, иногда вмѣстѣ съ нимъ даже понижаясь, при несомнѣнномъ улучшеніи объективныхъ и субъективныхъ явленій больного. Что эту параллель въ первоначальномъ наростаніи HCl и діуреза можно отчасти разсматривать не какъ два случайные эпифеномена, сопутствующіе лишь другъ друга, но и какъ явленія, вѣроятно, находящіяся между собой въ болѣе тѣсной зависимости, о томъ рѣчь будетъ ниже. Въ случаяхъ, гдѣ клиническая картина болѣзни то улучшалась, то ухудшалась, или же теченіе послѣдней было монотонное, тамъ и кривая HCl или волнообразно колебалась, или же совсѣмъ не представляла хотя бы мало-мальски видимой правильности.

gen'l acid?
HCl acid?
wt
urine

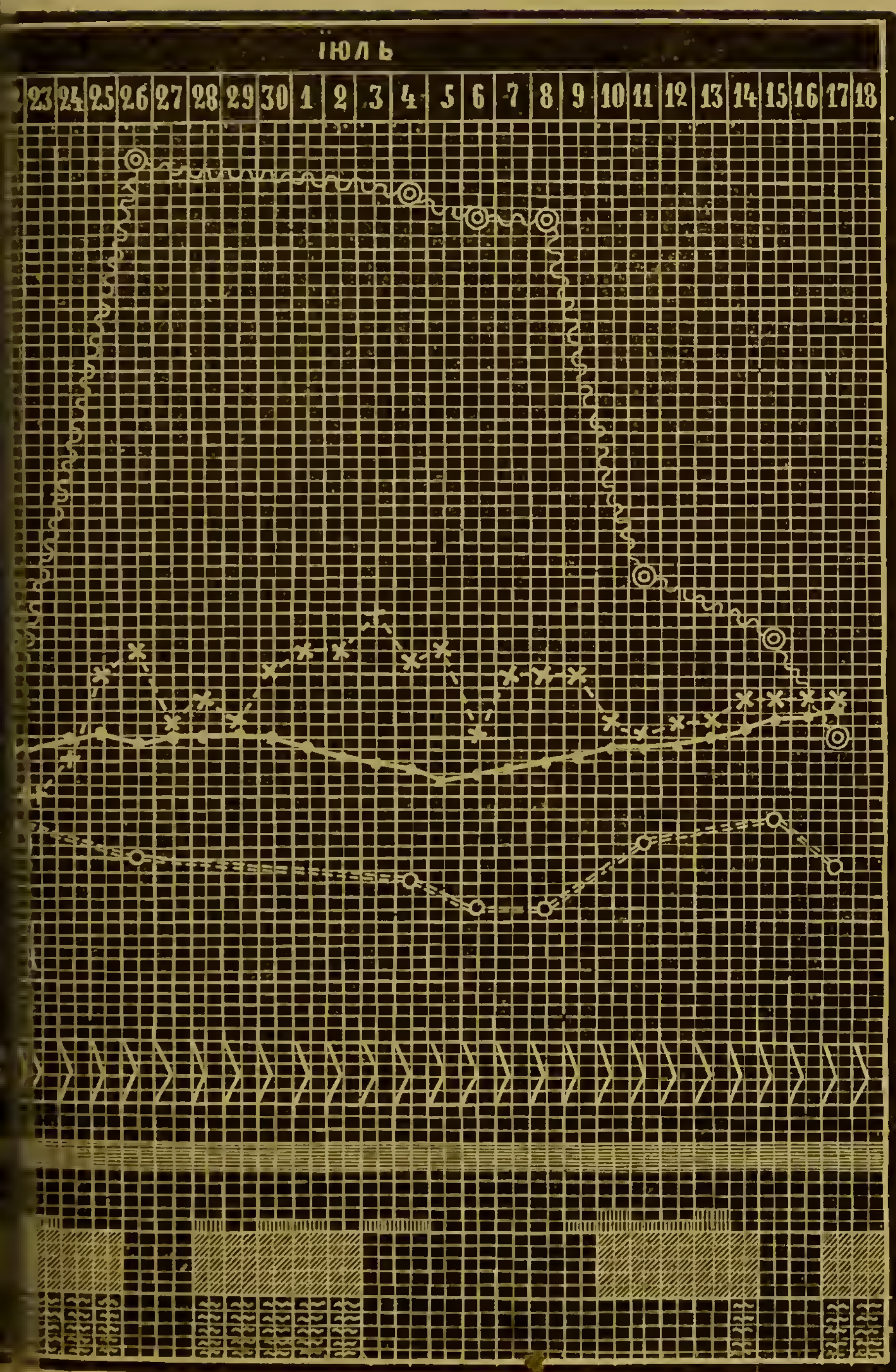
№ 1.

ОБЩАЯ КИСЛОТН. ВЪ %	HCL ВЪ %	ВѢСЪ ВЪ ГРАММАХЪ	КОЛИЧЕСТВО МОЧИ
	0,15		
	0,1		
	0,095		
	0,09		
	0,085		
	0,08	80000	3000
	0,075	75000	2500
	0,07	70000	2000
	0,065	65000	1500
	006	60000	1000
0,35	0,055	55000	500
0,3	0,05	50000	
0,25	0,045		
0,2	0,04		
	0,035		
	0,03		
	0,025		
	0,02		
	0,015		
	0,01		

МАЙ — ІЮНЬ

Д. Б. 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ВЪ.



Всѣ случаи, гдѣ мнѣ удалось примѣтить извѣстную правильность колебаній HCl, я условлюсь называть *типическими*. Такихъ типическихъ случаевъ существуетъ у меня—14-ть; распредѣляются они по установленнымъ группамъ такъ:

I	группа	имѣетъ—	2 случая (№№ 1 и 2).
II	»	»	11 случаевъ (№№ 3, 4, 8, 10—13, 15—18).
III	»	»	1 случай (№ 21).
IV	»	»	ни одного случая.

Для наиболѣе типическихъ случаевъ я прилагаю діаграммы.

УСЛОВНЫЕ ЗНАКИ.

Gen acid	==o===o===o===	общая кислотность сока.
	◎〰◎〰◎	HCl.
wt	—●—●—●—●—	вѣсъ тѣла.
Diuresis	-✕---✕---✕-	діурезъ,
albumin	▤	бѣлокъ въ мочѣ.
diarrhoea	▥	поносъ.
ascites	≋	асцитъ.
anasarca	▨	anaзарка.
hepatic enlargement	▷	увеличенная печень.

ИСТОРІИ БОЛѢЗНЕЙ.

№ 1 (см. табл. и діагрм. № 1). Александръ Семеновъ, крестьянинъ, портной, 30 лѣтъ. Съ 22-го мая по 18-е іюля. Nephritis chronica diffusa. Stenosis ostii venosi sinistri. Asthma cardiaco-uraemicum.

Анамнезъ. Будучи 12-лѣтнимъ мальчикомъ перенесъ острый сочленовный ревматизмъ; до 25—26 лѣтняго возраста чувствовалъ себя здоровымъ и лишь за послѣдніе четыре года сталъ прихварывать: начали періодически являться одышка, кашель,

сердцебіеніе и отеки всего тѣла; иногда—боли въ области поясницы и кровотеченія горломъ; къ вечеру случались познабливанія, кончавшіяся жаромъ и потомъ. Лѣчился обыкновенно амбулаторно; лишь въ прошломъ году вынужденъ былъ лечь въ больницу. Никогда не пьянствовалъ.

Субъективные симптомы. Постоянная одышка, доходящая временами до удушья, сердцебіеніе и небольшой кашель. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Тѣлосложенія средняго; мускулатура развита умѣренно; подкожный жирный слой развитъ скудно. Общіе покровы и слизистыя оболочки блѣдны. Отекъ ногъ и лица. Сердечная область представляетъ выпячиваніе („voussure"). Со стороны легкихъ: небольшое сравнительно ослабленіе звучности перкуторнаго тона подъ лѣвой ключицей; распространенные всюду свистящіе и среднепузырчатые влажные хрипы. Область сердечной тупости: сверху—3-е ребро, справа переходитъ немного лѣвую стернальную линію, слѣва—на 2—$2^1/_2$ поп. пальца заходитъ кнаружи отъ lin. mamil. sin. Толчекъ сердца распространенный, сотрясательный, ощутимъ и видимъ въ 4, 5 и 6-мъ межреберьяхъ кнутри и пальца на 2—3 кнаружи отъ соска. Рабочая дѣятельность сердца усилена; ритмъ сокращеній—правильный; временами ощущается frémissement cataire. У верхушки выслушивается предсистолическій шумъ, оканчивающійся акцентированнымъ первымъ тономъ, за которымъ слѣдуетъ 2-й слабый тонъ; по направленію къ основанію сердца шумъ постепенно исчезаетъ и 1-й тонъ становится слабѣе, за то діастолическіе тоны усиливаются и являются, особенно у легочной артеріи, рѣзко акцентированными—звякающаго характера. Пульсъ=80—84, небольшой, правильный, равномѣрный. Дыханіе=32—40. Печень перкуторно выдается пальца на два изъ подреберья, при пальпаціи болѣзненна. Селезенка не увеличена. Асцитъ, пальца на три не доходящій до пупка. Стулъ 2—3 раза въ сутки кашицевидный. Моча=700 к. с., уд. в.=1018; реакціи кислой; цвѣтъ свѣтложелтый; содержитъ бѣлокъ (1 грм. въ сутки). Въ осадкѣ подъ микроскопомъ найдены зернистые, гіалиновые и отчасти эпителіальные цилиндры. Температура тѣла нормальная; мокрота въ скудномъ количествѣ, слизистая, стекловидная.

Теченіе болѣзни. Состояніе все время было безлихорадочное. Стулъ отъ 2 до 3 разъ консистенціи нормальной; рѣдко 5 разъ и кашицевидный. Мочи=500 к. с.—3000 к. с., уд. в.= 1018—1010; постоянно содержался бѣлокъ, котораго вначалѣ выдѣлялось 1—1,5 грм., подъ конецъ—до 3,75 грм. въ сутки.

Обыкновенно днемъ больной мочился сравнительно рѣдко, чаще всего ночью. Пульсъ=68—100, почти постоянно правильный. Дыханіе=32—40. Со стороны печени явленія оставались безъ перемѣны. Асцитъ и водяночныя явленія то исчезали, то обнаруживались. Хрипы, бывшіе вначалѣ распространенными, подъ конецъ стали болѣе рѣдкими. Явленія со стороны сердца оставались тѣ же. Симптомовъ гастрическаго разстройства (тошноты, рвоты, отрыжки, изжоги и проч.) не наблюдалось. Видъ больного всегда былъ страдальческій; больной постоянно чувствовалъ свое сердце. Выдающимся субъективнымъ симптомомъ была жалоба на постоянную одышку, усиливающуюся въ лежачемъ положеніи больного. Часто покойный сонъ больного нарушался приступами удушья, являвшимися преимущественно по ночамъ и сопровождавшимися сердцебіеніемъ и кашлемъ то сухимъ, то съ кровянистой мокротой; иногда чувствовалъ при этомъ боль въ области сердца. Въ зависимости отъ астматическихъ явленій самочувствіе больного то улучшалось, то ухудшалось. Иногда больной жаловался на боли въ поясницѣ, усиливавшіяся при хожденіи. Вѣсъ колебался между 55500 грм. и 62000 грм., вначалѣ=61000 грм. подъ конецъ=62000 грм. Выписался больной безъ всякаго улучшенія.

Лѣченіе. Посмѣнно назначались—препараты опія, digitalis adonis vernalis, t-ra Convallaria majalis+t-ra valerianae, бромистые препараты; глина, кислородъ; теплыя ванны.

NB. 15-ть анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность=0,26%—0,33%; Hcl=0,059%—0,17%, кривая общей кислотности сока почти постоянно въ обратномъ отношеніи съ кривой HCl; кривая HCl обыкновенно совпадаетъ съ кривой діуреза, достигая своего minimum въ дни, когда больной чувствовалъ себя особенно плохо (послѣ безсонныхъ ночей вслѣдствіе приступовъ удушья).

№ 2 (см. табл. и діагрм. № 2). Артамонъ Грудининъ, отставной солдатъ, по профессіи городовой, 41 года. Съ 16 іюля по 8 августа. Nephritis chronica diffusa. Uraemia acuta.

Анамнезъ. Дней пять назадъ прозябъ на посту, появились отеки конечностей, туловища и лица. Со времени поступленія въ военную службу постоянно былъ „слабъ животомъ", часто являлись поносы. Съ послѣдней турецкой компаніи ежегодно разъ или два страдаетъ приступами лихорадки, продолжающимися дня 2—3 и сопровождающимися сильной головной болью и рвотой. Лѣтъ семь назадъ болѣлъ правый бокъ (вѣроятно—pleuritis, см. ниже). Года три назадъ впервые замѣтилъ общую отечность покрововъ и припухлость живота; эти явленія

скоро исчезли и вплоть до послѣдняго времени онъ ихъ не замѣчалъ. Abusum spirituosum отрицаетъ: пилъ понемногу и изрѣдка.

Субъективные симптомы. Кашель и одышка, усиливающаяся при положеніи больного на лѣвомъ боку. Жалобъ на правый бокъ никакихъ. Аппетитъ довольно хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Субъектъ хорошо сложенный и довольно упитанный. Пульсъ=48, правильный, полный, твердый. Дыханіе=20. Артеріи не склеротичны. Температура нормальная. Довольно рѣзко выраженный отекъ ногъ, половыхъ органовъ и туловища. Со стороны легкихъ: на протяженіи болѣе ладони подъ правой лопаткой и по правой аксиллярной линіи снизу имѣется относительное притупленіе перкуторнаго тона; здѣсь же fremitus pectoralis и везикулярное дыханіе ослаблены. Коегдѣ свисты. Область сердечной тупости справа—почти до медіанной линіи, слѣва нѣсколько заходитъ за сосковую линію кнаружи. Толчекъ сердца прощупывается не рѣзко въ 5-мъ межреберьѣ по lin. mamil. sin. и кнутри отъ нея. Ритмъ правильный; тоны чисты и отчетливы; у аорты на діастолѣ акцентъ. Животъ большой; покровы его напряжены. Асцитъ почти до пупка. Печень слегка болѣзненна и пальца на $1^1/_2$ выдается изъ подреберья. Селезенка не представляется увеличенной. Стулъ жидковатый и немного учащенный. Моча=600 к. с., уд. в.=1020, реакція кислая; до $3^0/_{00}$ бѣлка. При микроскопированіи осадка встрѣчается масса гіалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ съ примѣсью бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Вѣсъ=80500 грм.

Теченіе болѣзни. Дня черезъ три увеличеніе печени уже не констатировалось. До 23-го іюля: состояніе было безлихорадочное, стулъ 2—4 раза въ сутки, жидковатый; количество мочи постепенно увеличилось до 3000 куб. с., уд. в.=1004, водяночныя явленія замѣтно уменьшались; вѣсъ падалъ; кашель почти уничтожился. Съ вечера 22-го числа общее недомоганіе и головная боль. 23-го числа—головная боль усилилась, появились—апогехіа, тошнота, рвота и полный амаврозъ; временами помраченіе сознанія и галлюцинаціи; къ вечеру температура=39°. 24-го числа: утр. температура=38, вечер.=39,2. Явленія тѣ же. Моча=700 к. с., уд. в.=1020. Съ 25-го числа температура стала нормальной, наступило значительное улучшеніе; мочи=1800 к. с., уд.в.=1007. 26-го числа: чувствуетъ себя довольно удовлетворительно, аппетитъ хорошій, небольшая лишь головная боль, видитъ хорошо; стулъ какъ и раньше; мочи=1800 к. с., уд. в.=1009, бѣлка 1 грм. Явленія асцита исчезли. Ясное везикулярное дыханіе,

кашля нѣтъ. Съ 27-го числа исчезла головная боль и пошло быстрое поправленіе. Къ 1-му августа исчезла анасарка. Количество мочи колебалось 2800—4600 к. с., вѣсъ постепенно падалъ. Стулъ послѣ приступа урэміи—постоянно былъ нормальный. 8-го августа выписался, самочувствіе прекрасное; вѣсъ=67500 грам., бѣлка въ мочѣ—1 грм. Уменьшеніе звучности перкуторнаго тона на правой половинѣ груди осталось по прежнему.

Лѣченіе. Сначала отъ кашля—morphii muriatci gr. $^1/_8$+ipecacuanh. gr. $^1/_2$, 1—2 порошка къ ночи. Во время приступа уреміи подъ кожу morphii muriatici gr. $^1/_4$ раза 2—3 въ день. Затѣмъ періодическія теплыя ванны.

NB. 11-ть анализовъ сока; способъ Bourget. Общая кислотность=0,08%—0,26%; Hcl=0,009%—0,17%. Вѣсъ и водяночныя явленія постепенно падаютъ до 1-го августа, послѣ чего—съ исчезновеніемъ послѣднихъ—вѣсъ остается in statu quo. Кривая діуреза въ обратномъ отпошеніи съ кривой вѣса и въ прямомъ отношеніи къ кривой HCl и общей кислотности сока. Рѣзкое паденіе общей кислотности и количества HCl въ день припадковъ острой уреміи (23-го іюля); съ окончаніемъ припадковъ уреміи, съ улучшеніемъ общей клинической картины какъ общая кислотность сока, такъ и количество HCl рѣзко повышаются (26 іюля).

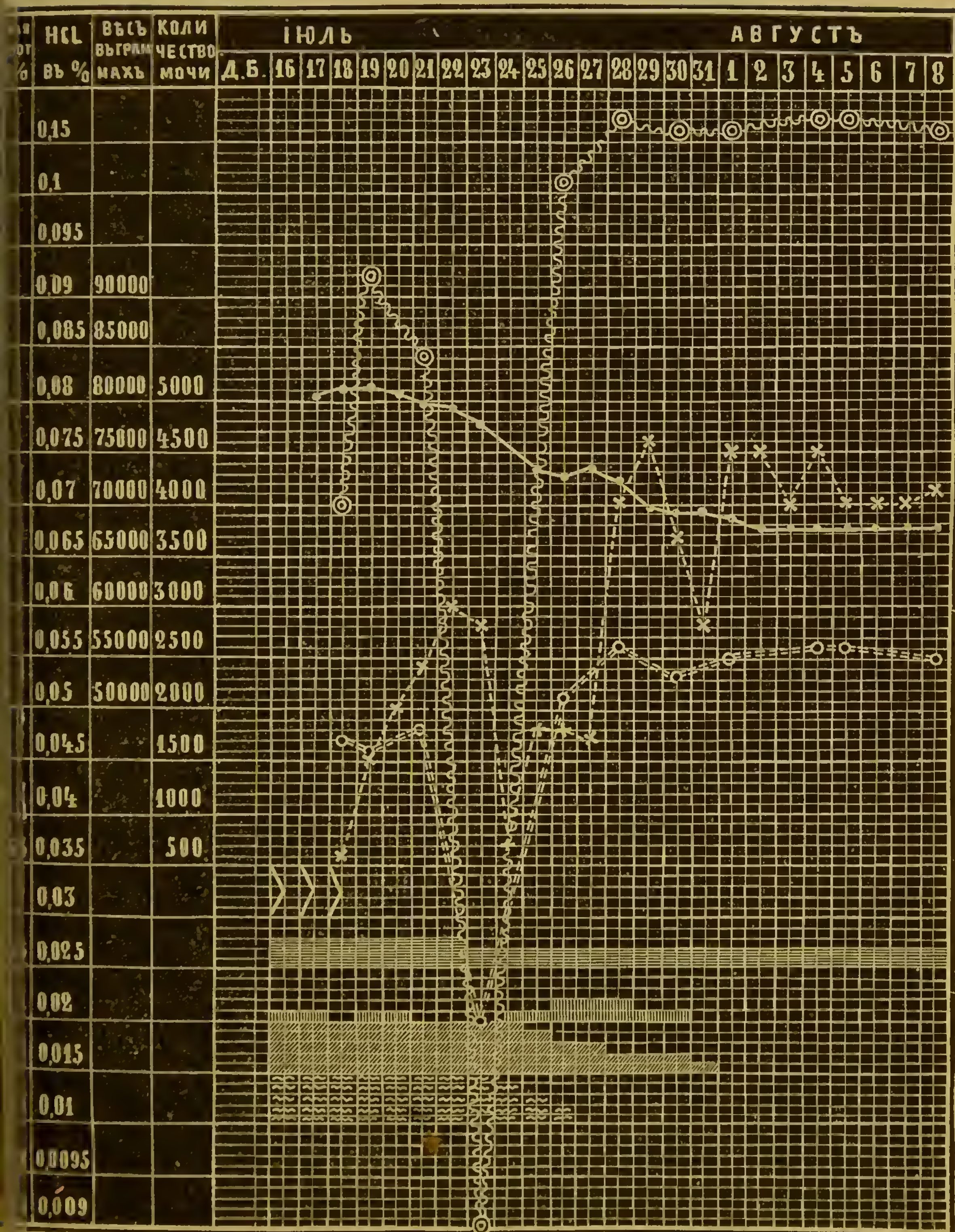
№ 3 (см. табл. и діагрм. № 3). Никодимъ Кондратовичъ, крестьянинъ, чернорабочій, 18 лѣтъ. Съ 26 мая по 11 іюня. Nephritis diffusa chronica.

Анамнезъ. Съ недѣлю какъ замѣтилъ опухоль всего тѣла; передаетъ, что отекалъ и раньше; часто побаливала поясница и голова. Лишь за послѣднее время позволилъ себѣ недолго попьянствовать съ товарищами; до этого водкой никогда не злоупотреблялъ.

Субъективные симптомы. Одышка и небольшой кашель. Аппетитъ удовлетворительный, отсутствіе желудочныхъ припадковъ—тошноты, отрыжки, изжоги и проч.

Объективное изслѣдованіе. Хорошо сложенный и упитанный юноша; слизистыя оболочки розовы. Небольшая отечность стопъ и голеней, еще меньшая—бедеръ и лица. Температура нормальная. Пульсъ=80, довольно напряженный, полный, правильный. Дыханіе=20. Легкія здоровы, лишь кое-гдѣ попадаются свисты. Абсолютная тупость сердца слѣва немного заходитъ кнаружи отъ соска, справа же доходитъ до lin. sternalis dextra. Работа бурная; толчокъ разлитой, сотрясательный, въ 5-мъ и отчасти 6-мъ межреберьяхъ кнутри и кнаружи отъ соска. Ритмъ правильный, тоны чисты и отличаются особенной

№ 2. Артамонъ Грудининъ.



звонкостью; діастолическій тонъ у аорты акцентированъ. Печень и селезенка не представляются увеличенными. Асцита не замѣтно. Стулъ жидкій, 3 раза въ сутки. Количество мочи=1600 к. с., свѣтложелтаго цвѣта, у. в.=1006, кислой реакціи, содержитъ до 0,6 грм. бѣлка. Въ полѣ микроскопа—зернистые и гіалиновые цилиндры съ примѣсью бѣлыхъ, отчасти красныхъ кровяныхъ шариковъ. Вѣсъ=61000 грм.

Теченіе болѣзни. Температура все время нормальная, кромѣ вечера 28-го мая (38,2°). Водяночныя явленія постепенно къ 4 іюня исчезли. Стулъ жидковатый 2—4 раза; изрѣдка появлялась рѣзь въ животѣ; иногда по утрамъ головная боль. Моча=1500—3200 к. с., уд. в.=1006—1013. Подъ конецъ альбуминурія немного уменьшилась. Выписался изъ больницы, прекрасно себя чувствуя, при вѣсѣ=55000 грм.

Лѣченіе. Періодическія теплыя ванны.

NB. 9-ть анализовъ сока; способъ Bourget; совпаденіе въ общемъ кривой діуреза съ кривой HCl. Общая кислотность=0,3%—0,35%; HCl=0,055%—0,09%.

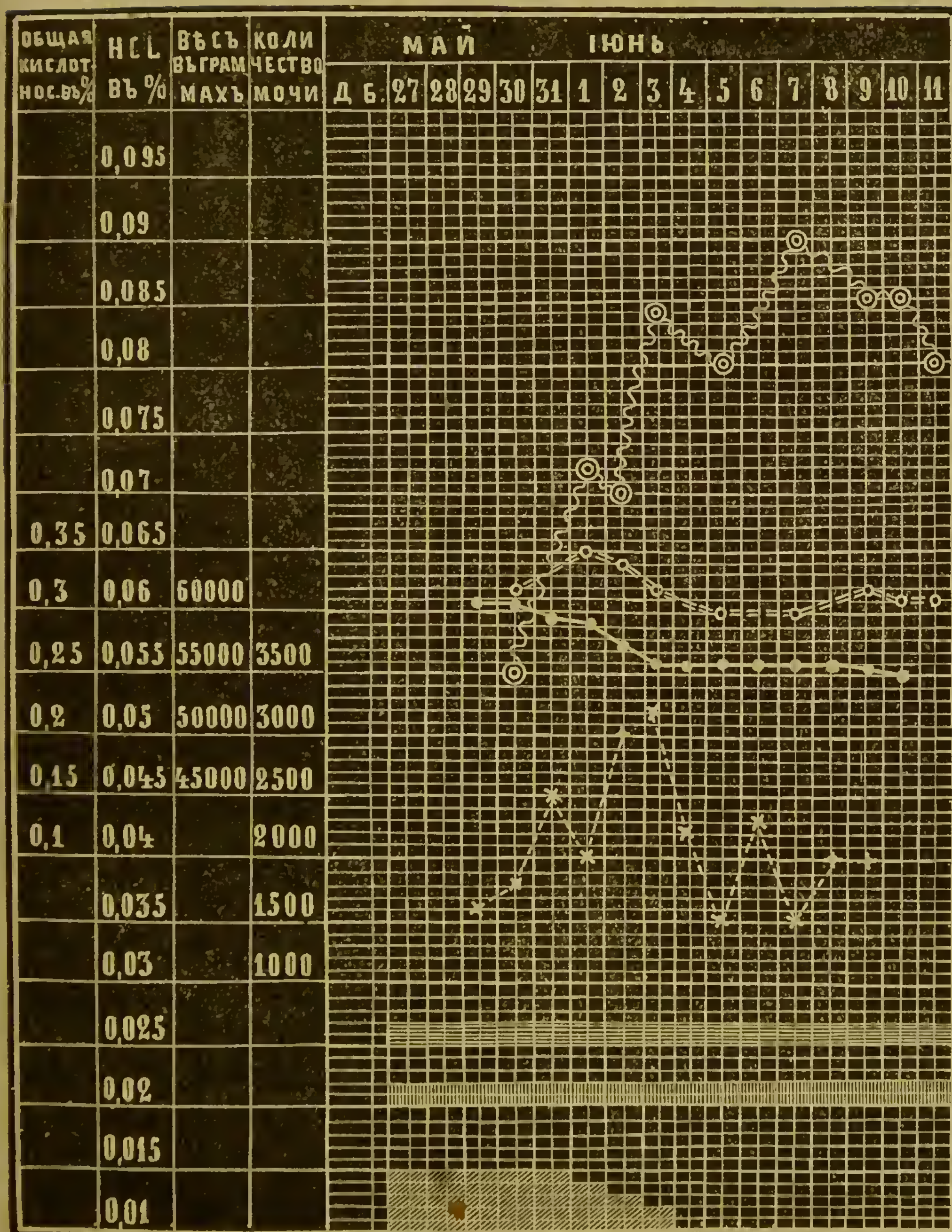
№ 4 (см. табл. и діагрм. № 4) Ефимъ Калыгинъ, крестьянинъ, чернорабочій, 29 лѣтъ. Съ 25-го іюня по 27-е іюля. Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Недѣли три какъ замѣтилъ, что сталъ весь опухать; причины указать не можетъ. Раньше, говоритъ, ничего подобнаго съ нимъ не случалось. Три года назадъ болѣлъ въ теченіе четырехъ мѣсяцевъ поносомъ. Водкой не злоупотреблялъ.

Субъективные симптомы сводятся лишь къ жалобѣ на существующіе отеки; кашля, одышки, головной боли и проч. не чувствуетъ. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Хорошо сложенный субъектъ; восковой свѣтъ общихъ покрововъ; слизистыя оболочки блѣдны. Сильная общая аназарка. Температура нормальная. Пульсъ=64, небольшой, правильный. Дыханіе=20. Въ легкихъ ничего особеннаго, кромѣ рѣдкихъ свистовъ. Сердце: область обсолютной тупости пальца на $1\frac{1}{2}$ заходитъ кнаружи отъ лѣвой сосковой линіи. Толчокъ не сильный, прощупывается кнутри и нѣсколько кнаружи отъ соска, въ 5-мъ межреберьѣ. Ритмъ правильный. Тоны чисты и отчетливы; діастолическіе изъ нихъ adbasim cordis—акцентированы, щелкающіе. Животъ большой. Печень и селезенка не представляются увеличенными. Асцитъ пальца на $1\frac{1}{2}$—2 заходитъ выше пупковой линіи. Стулъ за сутки 5—6 разъ, жидкій. Моча свѣтложелтаго цвѣта; количество=2700 к. с., уд. в.=1007, кислой реакціи, содержитъ бѣлокъ - до 4 грм. въ сутки. Масса зернистыхъ и гіалиновыхъ

№ 3. Никодимъ Кондратовичъ.



цилиндровъ; попадаются также бѣлые и красные кровяные шарики. Вѣсъ=74000 грм.

Теченіе болѣзни все время было безлихорадочное при хорошемъ самочувствіи больного. До 10-го іюля замѣчалось прогрессивное паденіе вѣса тѣла и водяночныхъ явленій; послѣ этого отеки и асцитъ исчезли; вѣсъ же, понизившись до 56000 грм., сталъ понемногу и постепенно повышаться до 58500 грм. что всецѣло зависѣло отъ улучшенія питанія больного и отъ прекратившихся поносовъ. Мочи выдѣлялось отъ 2100 к. с., до 5000 к. с., уд. в.=1005—1009. Maximum діуреза приходилось на первую половину болѣзни. Количество бѣлка въ мочѣ постоянно=4—5 грм. въ сутки; приблизительно со средины болѣзни моча въ теченіе двухъ недѣль имѣла легкую кровянистую окраску. Какъ мочеиспусканіе, такъ и существовавшіе до 17-го іюля поносы, бывали чаще ночью, чѣмъ днемъ. Со стороны сердца констатировались иногда перебои, не заявлявшіе себя, впрочемъ, никакими субъективными припадками. Выписался при отличномъ самочувствіи.

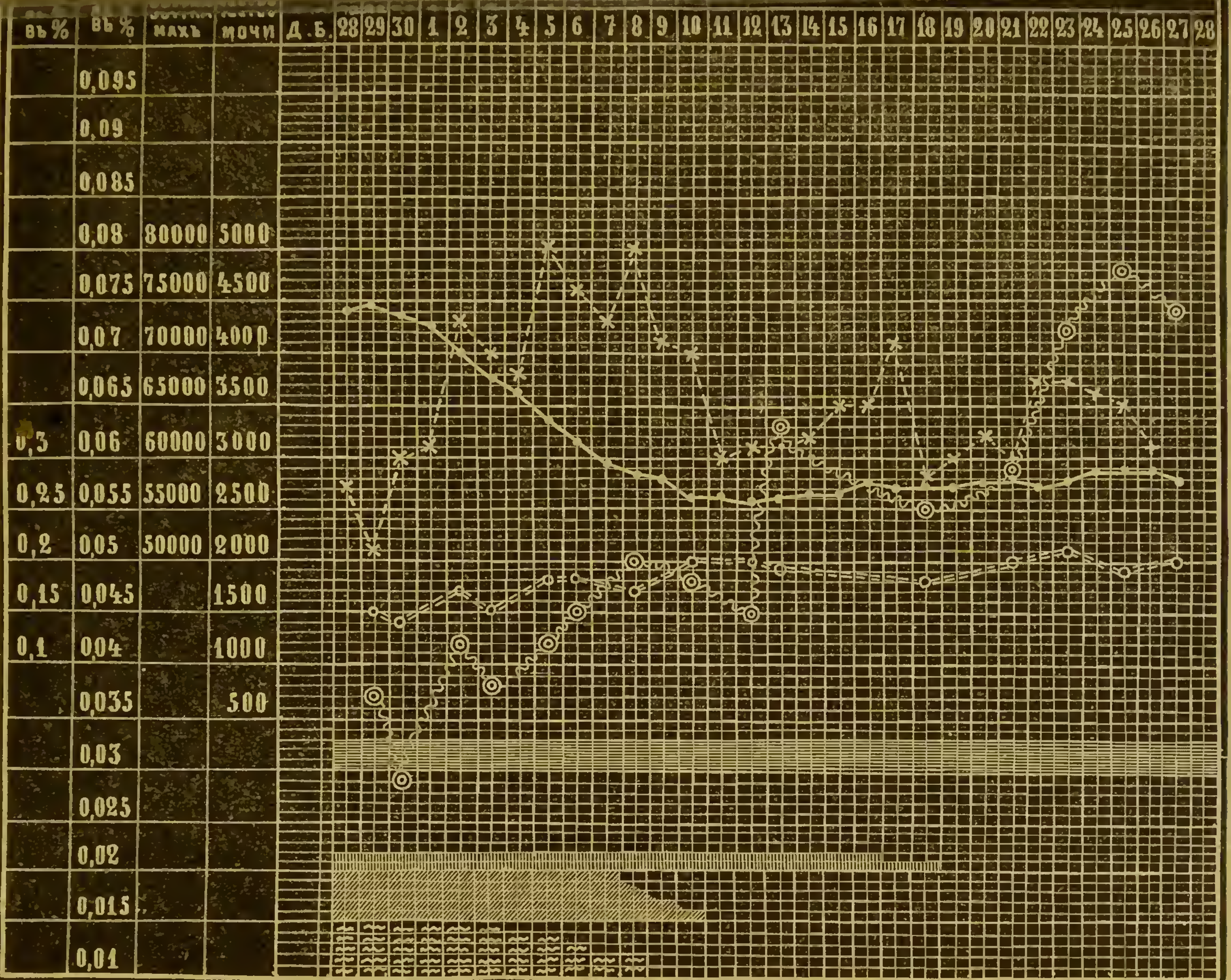
Лѣченіе отъ 13-го до 17-го іюля послѣ ѣды: pepsini+acid. mur. diluti. Теплыя ванны.

NB. 15-ть анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность=0,14%—0,21%; HCl=0,029%—0,078%; весьма демонстративная картина въ соотношеніи кривыхъ. Послѣ употребленія внутрь pepsini+acidi muriat. dilut.—наступило регулированіе стула.

№ 5 (см. табл. № 5). Аѳанасій Антоновъ, крестьянинъ чернорабочій, 33-хъ лѣтъ. Съ 7-го мая по 14-е іюля. Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Передъ Рождествомъ прошлаго года сильно прозябъ въ лѣсу; появились: общее недомоганіе, знобъ, жаръ, кашель, кровянистая мокрота и колотье въ области лѣвой лопатки. Пролежалъ отъ этой болѣзни (pneumonia crouposa?) въ своей деревнѣ около мѣсяца. Послѣ новаго года, уже оправившись, сталъ замѣчать на тѣлѣ отеки и по временамъ чувствовать боли въ области поясницы. Съ Пасхи общая водянка сдѣлалась упорнѣй и интенсивнѣй, тѣмъ не менѣе больной перемогался и до послѣдняго времени продолжалъ свои работы. Спиртными напитками никогда не злоупотреблялъ. 13-ть лѣтъ назадъ перенесъ тифъ. Увѣряетъ, что больше никогда ничѣмъ не хворалъ.

Субъективные симптомы. Небольшой кашель, довольно сильная одышка, головная боль, плохой аппетитъ, тошнота — вре-


въ %
въ %
махъ
мочи
Д. Б.
28 29 30 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
0,3 0,25 0,2 0,15 0,1
0,095 0,09 0,085 0,08 0,075 0,07 0,065 0,06 0,055 0,05 0,045 0,04 0,035 0,03 0,025 0,02 0,015 0,01
80000 75000 70000 65000 60000 55000 50000
5000 4500 4000 3500 3000 2500 2000 1500 1000 500

менами, ощущеніе шума и закладыванія въ ушахъ; чувство напряженія въ области почекъ.

Объективное изслѣдованіе. Коренастый плотный мужчина съ хорошо развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ. Общая анасарка, интенсивнѣе всего—на ногахъ ниже колѣнъ, захватывающая затѣмъ бедра, половые органы, туловище, лицо и руки. Слизистыя оболочки—розовы. Въ легкихъ—небольшое сравнительно уменьшеніе звучности перкуторнаго тона въ области лѣвой лопатки; разбросанные кое-гдѣ свисты и средне-пузырчатые хрипы. Область сердечной тупости справа нѣсколько заходитъ за лѣвую парастернальную линію, слѣва же — на одинъ поперечный палецъ кнаружи отъ lin. mamil. sin. Толчокъ сердца слабо прощупывается въ 5-мъ, частью въ 6-мъ межреберьѣ кнутри и немного кнаружи отъ лѣваго соска. Ритмъ правильный. Тоны чисты; небольшой акцентъ на діастолѣ у легочной артеріи.

Пульсъ = 72—80, небольшой, правильный и равномѣрный. Дыханіе = 18 - 20. Животъ большой, отвислый; покровы на немъ не напряжены. Печень пальца на два выходитъ изъ подреберья, немного болѣзненна. Селезенка не увеличена. Скопленіе жидкости въ полости живота—почти до пупка. По всему тѣлу—расчесы. Температура тѣла субнормальная. Отправленія кишечника—3—5 разъ въ сутки, жидковаты. Количество мочи за сутки=600—800 куб. с., уд. в.=1022—1023, кислой реакціи, грязнокофейнаго цвѣта, содержитъ массу бѣлка (до 15‰). При микроскопированіи осадка: масса эпителіальныхъ, гіалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ и цилиндроидовъ съ примѣсью бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Теченіе болѣзни. До 14-го мая температура временами, преимущественно къ вечеру, повышалось до 37,7 — 38,9°, что сопровождалось ощущеніемъ познабливанія и жара; иногда—потѣлъ. Всѣ остальные дни состояніе больного было безлихорадочное. Самочувствіе и объективныя явленія то улучшались, то ухудшались. Стулъ большею частью былъ кашицевидный раза два въ сутки, рѣже—водянистый и до 5 разъ въ сутки. Моча—всегда болѣе или менѣе бураго цвѣта; количество ея колебалось между 600 — 1600 куб. с., уд. в. = 1017 — 1025: въ осадкѣ всегда цилиндры и бѣлые кровяные шарики. Количество бѣлка къ концу уменьшилось до 6 — 7 грм. въ сутки. Съ 19-го мая—увеличеніе печени не констатировалось. Съ 30-го мая исчезли явленія асцита. Около этого времени обнаружено было присутствіе въ кишечникѣ ленточной глисты (botriocephalus latus); назначено было специфическое леченіе, продолжав-

шееся дней 6 — 7, пока не была выведена головка паразита. Въ дальнѣйшемъ теченіи водяночныя явленія постепенно, хотя и медленно, уменьшались. Повторное изслѣдованіе кала на глисты давало отрицательный результатъ. По временамъ появлялись—головная боль, уменьшеніе аппетита и ощущеніе закладыванія и шума въ ушахъ. Вѣсъ больного вначалѣ=69000 грм., къ концу=63000 грм.

Выписанъ былъ больной немного поправившимся.

Дня черезъ 2 — 3 снова явился въ больницу съ сильно выраженной водянкой, головной болью, потерей аппетита, одышкой и пр. Былъ отправленъ въ клинику проф. Манассеина.

Леченіе. Первые дни—при повышеніи температуры—Salol gr X, 3 раза; съ 1-го по 5-е іюня—Extr. Filicis Maris, Rhiz. Fil. Maris, Ol. Ricini. Время отъ времени — infus. adonis vernalis + Liq. kali acetic.; теплыя ванны, рѣдко—паровыя.

NB. 17 анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность= 0,27% — 0,34%; HCl = 0,11% — 0,16%; нефритъ преимущественно—паренхиматозный; припадки хронической уреміи; поправленіе медленное и не рѣзкое; изгнаніе ленточной глисты, хотя клинически и сказалось нѣкоторымъ улучшеніемъ самочувствія больного, но осталось безъ видимаго вліянія на теченіе основнаго процесса и функцію желудка; часто плохой аппетитъ—при нормальномъ содержаніи HCl въ желудкѣ. Общая кислотность желудочнаго сока, водяночныя явленія, вѣсъ больного, альбуминурія — по нисходящей кривой; въ кривой HCl—ничего характернаго.

№ 6 (см. табл. № 6). Мордхель Привольскій, еврей, отставной солдатъ, портной, 56 лѣтъ. Съ 24-го апрѣля по 12-е мая. Nephritis chronica diffusa, arteriosclerosis.

Анамнезъ. Дней десять назадъ сталъ замѣчать опуханіе лица, рукъ и ногъ, а также уменьшеніе количества выводимой мочи. Передъ этимъ недѣли за 2—3 по всему тѣлу появилась сыпь экзематознаго характера. Раньше—увѣряетъ—никакихъ особенныхъ болѣзней не было, кромѣ давно существовавшаго дней 14-ть колотья въ лѣвомъ боку. Abusum in Baccho—отрицаетъ.

Субъективные симптомы. Жалуется лишь на отеки и сыпь. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Средняго тѣлосложенія, посредственнаго питанія; небольшой отекъ ногъ и лица. На рукахъ, ногахъ, кое-гдѣ на туловищѣ—имѣется сыпь частью фурункулезнаго, частью—экзематознаго характера. Въ легкихъ—рѣдкіе свисты и хрипы. Область сердечной тупости въ предѣлахъ

нормы; толчокъ сердца слабый, въ 5-мъ межреберьѣ по lin. mamil. sin. и кнутри отъ нея. Ритмъ правильный; тоны чисты: на діастолѣ у аорты—акцентъ.

Пульсъ довольно наполненный, правильный, = 72 въ мин. Дыханіе = 16 — 20. Артеріосклерозъ. Печень и селезенка не увеличены. Давленіе на подреберья безболѣзненно. Небольшой асцитъ. Стулъ правильный. Моча свѣтложелтаго цвѣта, количество = 1000 к. с., уд. в. = 1009, содержитъ бѣлокъ ($^3/_4$ ‰); при микроскопированіи осадка попадаются зернистые цилиндры и бѣлые кровяные шарики. Температура нормальная.

Теченіе болѣзни. Все время самочувствіе больного было прекрасное, состояніе безлихорадочное, стулъ правильный. Къ 29 апрѣля исчезла анасарка; съ 1-го мая уже не констатировалось асцита; къ 6-му мая исчезла сыпь на тѣлѣ. Мочи было 1000—2100 к. с.; уд. в.=1009—1015; количество бѣлка вначалѣ доходившее до $1^1/_2$ грм. въ сутки, подъ конецъ уменьшилось до $^1/_4$—$^1/_2$ грм. Вѣсъ вначалѣ=54500, подъ конецъ=51500 грм.

Леченіе. Періодическія теплыя ванны.

NB. 9-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'а; общая кислотность=0,23%—0,28%; HCl=0,12%—0,14%.

№ 7 (см. табл. № 7). Павелъ Маракинъ, крестьянинъ, чернорабочій, 50 лѣтъ. Съ 24 мая по 17 іюля.

Nephritis chronica parenchymatosa; cirrhosis hepatis. Uraemia.

Анамнезъ. Въ первыхъ числахъ апрѣля этого года появились—познабливаніе, головная боль, кашель, одышка, вмѣстѣ съ этимъ—общая отечность покрововъ и припуханіе живота. Раньше—говоритъ—никогда не отекалъ. 15-ть лѣтъ назадъ былъ болѣнъ тифомъ. Позволялъ себѣ прежде abusum in Baccho.

Субъективные симптомы. Жалоба на головную боль, кашель, одышку, ослабленный аппетитъ и по временамъ тошноту.

Объективное изслѣдованіе. Рослый, хорошо сложенный и упитанный мужчина. Сильно выраженная общая анасарка,—рѣзче всего на ногахъ и половыхъ частяхъ. Температура нормальная. Пульсъ небольшой, не совсѣмъ правильный,=84—100 въ минуту; дыханіе=24. Со стороны легкихъ: притупленіе перкуторнаго тона подъ нижнимъ угломъ правой лопатки, по lin. axillaris et mamilaris dextra начиная съ 5-го ребра; въ мѣстахъ притупленія — ослабленіе вибраціи и везикулярнаго дыханія. Всюду слышатся свисты. Область сердечной тупости нѣсколько увеличена въ обоихъ размѣрахъ; толчекъ разлитой, ощущается по lin. mamil. sin. и кнутри отъ нея, въ 5-мъ частью въ 6-мъ межреберьѣ. Изрѣдка—перебои. Тоны чисты; сильный акцентъ на діастолѣ у легочной артеріи и аорты. Животъ вздутъ, по-

кровы его напряжены. Асцитъ — до пупка. Опредѣлить нижніе края печени и селезенки не удается. Стулъ задержанъ. Моча кровянистая; количество=500—800 куб. с., уд. в.=1015, реакція кислая, содержитъ до 7—8 грм. бѣлка. Въ мочевомъ осадкѣ при микроскопированіи обнаруживаются зернистые и гіалиновые цилиндры съ массой бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Теченіе болѣзни—крайне монотонное. Вѣсъ колебался между 82000—и 81500 грм. Бывшій вначалѣ запоръ смѣнился скоро поносомъ—3—6 разъ въ сутки. Водяночныя явленія и количество бѣлка въ мочѣ все время были in statu quo. Моча постоянно была кровянистой, количество ея=500—1600 к. с., уд. в.=1010—1018. Къ вышеозначеннымъ субъективнымъ симптомамъ временами присоединялись боль и чувство напряженія въ поясничной области. Съ 1-го по 8-е іюля у больного температура стояла повышенной вслѣдствіе присоединившагося рожистаго воспаленія на лѣвомъ бедрѣ. Съ 12-го іюля общая клиническая картина рѣзко ухудшилась, появился амаврозъ; съ 15-го впалъ въ безпамятство и 17-го умеръ отъ уреміи.

Протоколъ вскрытія (№ 663 журн.). Въ полости живота до 10 фунтовъ слегка мутнаго трансудата. Печень мала; поверхность, равно какъ и разрѣзы крупнозернисты; ткань плотна, малокровна, сѣровато-желтаго цвѣта, Ва желчномъ пузырѣ—до унціи свѣтлослизистой желчи. Селезенка уменьшена; капсула ея толста съ сѣрыми плотными бляшками на поверхности; ткань въ высокой степени дрябла, свѣтло-краснаго цвѣта. Почки почти нормальнаго объема; капсула снимается мѣстами съ поврежденіемъ корковаго слоя; послѣдній утолщенъ особенно въ Бертиніевыхъ столбахъ, равномѣрно блѣдножелтаго цвѣта, нѣсколько дряблъ. Слизистая лоханокъ сѣраго цвѣта и плотна. Въ мочевомъ пузырѣ—до стакана мутной окрашенной кровью мочи. По слизистой толстой и тонкихъ кишекъ мѣстами кровоизліянія въ видѣ точекъ и пятенъ темно-краснаго цвѣта; processus vermicularis значительно увеличенъ, стѣнки его утолщены, полость растянута зернистымъ кашицеобразнымъ сѣробѣлымъ содержимымъ. Сердце: $11^{1}/_{2}$—$8^{1}/_{2}$, жира умѣренное количество, мускулатура малокровна, глинистаго вида, дрябла, клапаны безъ измѣненій. Въ полости обѣихъ плевръ до 3-хъ фунтовъ въ каждой свѣтлаго трансудата. Оба легкихъ спаслись; всюду проходимы; ткань слегка отечна, въ нижнихъ доляхъ кожиста. Слизистая желудка сѣраго цвѣта, слегка бородавчатаго вида.

Леченіе. При сильномъ кашлѣ—морфій; затѣмъ временами—

adonis vernalis + Liq. Kali acetici, tra Convallaria majalis; теплыя ванны.

Nb. 14-ть анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность = 0,22% — 0,33%; HCl = 0,052% — 0,091%; хроническая уремія, подъ конецъ обострившаяся и повлекшая летальный исходъ больнаго. Двигательная функція желудка ослаблена.

№ 8 (см. табл. № 8). Евдокимъ Раковъ, крестьянинъ, чернорабочій, 41 года. Съ 20 мая по 4 іюня.

Nephritis diffusa chronica.

Анамнезъ. Дня четыре какъ почувствовалъ кашель, одышку и уменьшеніе аппетита; моча стала выдѣляться въ меньшемъ количествѣ и появился общій отекъ тѣла. Водяночныхъ явленій раньше никогда не замѣчалъ. 5-ть лѣтъ назадъ лежалъ въ больницѣ, гдѣ въ теченіе недѣли лѣчился отъ какой-то сыпи по тѣлу, при которой будто бы лезли волосы на головѣ. 2 года назадъ лѣчился въ больницѣ отъ ожога спины. Сифилисъ отрицаетъ. Водкой не злоупотреблялъ. Жена и дѣти здоровы.

Субъективные симптомы. Кашель и одышка; послѣдняя усиливается при горизонтальномъ положеніи больнаго. Аппетитъ удовлетворительный. Желудочные припадки отсутствуютъ.

Объективное изслѣдованіе. Хорошаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. Слизистыя оболочки не блѣдны. Температура нормальная. Лимфатическія железы на тѣлѣ не увеличены. Значительный отекъ стопъ и голеней, незначительный—туловища и бедеръ. Пульсъ довольно наполненный, твердый, трудно сжимаемый, правильный, въ минуту = 44 — 52 раза. Дыханіе = 24. Артеріи прощупываются внѣ пульсовой волны. Въ легкихъ: небольшое заглушеніе звучности подъ лѣвой ключицей, сравнительное ослабленіе везикулярнаго дыханія подъ лопатками и разбросанные всюду свисты. Сердце: абсолютная тупость сверху съ 3-го ребра, слѣва — на 1—1½ поп. пальца заходитъ кнаружи за lin. mamil. sin. Толчекъ — разлитой, ощупывается въ 5-мъ и 6-мъ межреберьяхъ кнутри и кнаружи отъ соска. Ритмъ правильный, тоны чисты; на діастолѣ у аорты—акцентъ. Печень на 2 поп. пальца выдается изъ подреберья, при пальпаціи и перкуссіи болѣзненна. Селезенка не прощупывается. Ясныхъ признаковъ асцита не имѣется. Стулъ жидковатый, 3—4 раза въ сутки. Моча свѣтложелтаго цвѣта, количество = 1200 куб. с., уд. в. = 1009, кислой реакціи, содержитъ бѣлокъ (до ½ грм.). При микроскопированіи осадка—зернистые и гіалиновые цилиндры. Вѣсъ тѣла = 61000 грм.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Отечныя явленія постепенно уменьшались; съ 1-го іюня лишь къ вечеру замѣчалось пе-

большое припуханіе у лодышекъ. Пульсъ къ концу сдѣлался болѣе частымъ, дыханіе болѣе рѣдкимъ. Съ 27-го мая—лишь ничтожный кашель по почамъ; съ 2-го іюня—исчезли свисты. Сердечный толчекъ становился сильнѣе и сильнѣе. Съ 24-го мая нельзя было константировать увеличенной и болѣзненной печени. Стулъ все время жидковатый, 2—4 раза. Количество мочи потомъ поднялось до 3000 к. с., уд. в. = 1009 — 1006; количество содержавшагося въ ней бѣлка постепенно уменьшалось и съ 29-го мая присутствіе его уже не обнаруживалось. Вѣсъ постепенно упалъ до 53000 грм. Въ параллель съ физическими явленіями улучшалось и самочувствіе больнаго. Выписался—поправившимся.

Леченіе. Сначала по временамъ—отъ кашля—morfium или pulv. Doweri. Періодическія теплыя ванны.

Nb. 8-мь анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность = 0,13%—0,2%; HCl = 0,017%—0,08%; нефритъ преимущественно интерстиціальнаго характера. Кривая общей кислотности и HCl до 28 мая постепенно спускалась, а затѣмъ—вплоть до конца шла crescendo.

№ 9 (см. табл. № 9). *Василій* Дѣтковъ, запасной рядовой, чернорабочій, 35 лѣтъ. Съ 23 апрѣля по 6 іюня.

Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Недѣли двѣ назадъ почувствовалъ общее недомоганіе, головную боль, познабливаніе, жаръ, одышку, кашель, потерю аппетита, тошноту; появились поносы, временами рвота; моча сдѣлалась красною; вмѣстѣ съ этимъ явились по всему тѣлу отеки, которыхъ раньше никогда не замѣчалъ. Будучи на военной службѣ, страдалъ въ теченіе мѣсяца поносомъ и для поправленія здоровья былъ уволенъ въ годичный отпускъ домой. Водкой—увѣряетъ—никогда не злоупотреблялъ.

Субъективные симптомы: одышка, головная боль, потеря аппетита, тошнота. Объективное изслѣдованіе. Средняго роста; тѣлосложеніе посредственное; общіе покровы и слизистыя оболочки—блѣдны. Температура нормальная. Пульсъ=80, средняго наполненія, правильный. Дыханіе=18—20. Незначительный отекъ ногъ ниже колѣнъ. Лимфатическія железы на тѣлѣ не увеличены Кое-гдѣ попадается фурункулезная сыпь. Въ легкихъ кромѣ рѣдкихъ свистовъ—ничего особеннаго. Сердце: область абсолютной тупости справа доходитъ почти до правой парастернальной линіи, слѣва нѣсколько заходитъ кнаружи отъ lin. mamil. sin. толчекъ прощупывается въ 5-мъ и отчасти 6-мъ межреберьѣ кнутри и кнаружи отъ соска. Ритмъ сокращеній правильный; тоны чисты; акцентъ на діастолѣ у аорты. Печень немного увеличена и при давленіи болѣзненна. Селезенка не увеличена.

Внизу живота — какъ будто флюктуація. Водянистыя испражненія на низъ разъ 4—8 и болѣе въ сутки; моча съ кровянистымъ оттѣнкомъ, количество = 1000 к. с., уд. в. = 1005, кислой реакціи, содержитъ ничтожное количество бѣлка; кровяные, гіалиновые и эпителіальные цилиндры, а также—форменные элементы крови.

Теченіе болѣзни — безлихорадочное. Отеки за все время выражались слабо и являлись лишь періодически, нося летучій характеръ, быстро показываясь и исчезая (oedema fugax). Къ 4-му мая нельзя было констатировать ни асцита, ни увеличенной печени. Испражненія первое время иногда имѣли видъ грязнокофейной гущи; послѣ 16-го мая сдѣлались болѣе рѣдкими, менѣе водянистыми, съ нормальной желчной окраской. Больной часто испытывалъ рѣзь въ животѣ, головную боль, ослабленіе аппетита, тошноту. Мочи выдѣлялось отъ 300 до 3500 к. с., уд. в. = 1010 — 1004; къ концу діурезъ повысился. Съ 16-го мая исчезла кровянистая окраска мочи; съ 23-го же числа исчезъ бѣлокъ въ мочѣ. Вѣсъ больнаго постепенно повышался и колебался отъ 55000 грм. до 60000 грм. Выписался немного поправившимся.

Леченіе. Препараты опія и морфія; pepsini + acid mur diluti. Періодическія теплыя ванны.

Nb. 10-ть анализовъ сока; способъ Sjöquist'а. Двигательная функція желудка ослаблена. Общая кислотность = 0,16% — 0,24%; HCl = 0,024%—0,071%.

№ 10 (см. табл. № 10). Иванъ Петровъ, мѣщанинъ, чернорабочій (молотобоецъ), 39 лѣтъ. Съ 15 іюня по 15 іюля.

Nephritis chronica diffusa. Stenosis ostii venosi sin. et insufficientia vv. mitralis. Arteriosclerosis.

Анамнезъ. Лѣтъ уже пять какъ періодически стали появляться отеки конечностей, лица и туловища, а также припуханіе живота; при этомъ часто испытывалъ боли въ области поясницы. Лѣтъ 12 назадъ лежалъ въ больницѣ, гдѣ втеченіе 2½ мѣсяцевъ лѣчился отъ остраго сочленовнаго ревматизма. Раньше дозволялъ abusum in Baccho.

Субъективные симптомы. Кашель, сердцебіеніе и сильная одышка, почти не позволяющая больному лежать. Аппетитъ удовлетворительный.

Объективное изслѣдованіе. Ослабленный, тщедушный субъектъ. Общіе покровы и слизистыя оболочки блѣдны. Подкожный жирный слой и мускулатура развиты скудно. Выраженіе лица страдальческое, выражающее мучительную тоску. Небольшая отечность лица и ногъ ниже колѣнъ. Температура нормальная. Пульсъ = 88 — 100, малый, неравномѣрный и непра-

вильный. Дыханіе = 30—36. Со стороны легкихъ: небольшое уменьшеніе звучности перкуторнаго тона подъ лѣвой лопаткой и лѣвой аксиллярной линіи, начиная съ 6-го ребра; fremitus pectoralis—не измѣненъ; дыханіе въ означенныхъ мѣстахъ болѣе жесткое, а подъ лопаткой—рѣдкіе глухіе субкрепитирующіе хрипы. Всюду свисты и влажные среднепузырчатые хрипы. Сердце: граница абсолютной тупости сверху 3-е ребро, справа переходитъ нѣсколько лѣвую стернальную линію, слѣва же доходитъ до передней лѣвой аксиллярной линіи. Толчокъ разлитой, усиленный, ощущается въ 4—5—6 межреберьяхъ кнутри и пальца на 2—2½ кнаружи отъ лѣвой сосковой линіи. Сильные перебои сердца. Легкое frémissement cataire. Ad apicem и слабѣе—sub scrobiculo cordis—шумъ, частію предшествующій первому тону, частію же продолжающійся всю короткую паузу послѣ него. Въ весьма слабой степени шумъ выслушивается также послѣ 1-го тона у аорты и сонной артеріи. Сильный акцентъ на діастолѣ у легочной артеріи. Печень пальца на два выдается изъ подреберья, при давленіи болѣзненна. Селезенка не увеличена. Животъ умѣренно вздутъ. Асцитъ, пальца на три недоходящій до пупка. Стулъ правильный. Моча мутножелтоватаго цвѣта, количество = 1000 к. с., уд. в. = 1009, кислой реакціи, содержитъ ¼ грм. бѣлка; при микроскопированіи осадка: масса бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и разбросанные по полю зрѣнія—зернистые цилиндры. Мокрота скудная, слизистаго характера. Вѣсъ = 55500 грм. Теченіе болѣзни. Состояніе все время—безлихорадочное, стулъ почти постоянно — правильный. Самочувствіе больнаго быстро стало улучшаться вмѣстѣ съ общими явленіями. Къ 27 іюня въ легкихъ не констатировалось уже ничего патологическаго, кромѣ рѣдкихъ свистовъ, вскорѣ же исчезнувшихъ. Къ этому времени уничтожились кашель, одышка; больной свободно могъ лежать, спалъ покойно; дыханіе стало болѣе рѣдкимъ=24—16. отеки и асцитъ, постепенно уменьшаясь, исчезли:—первые къ 28 Іюня, послѣдній же—немного позже. Съ 3—4 іюля нельзя уже было констатировать увеличенія и болѣзненности печени. Пульсъ=68—100 постоянно былъ малымъ, неравномѣрнымъ и неправильнымъ. Существовавшіе въ первые дни субъективные припадки со стороны сердца (біеніе, ощущеніе тяжести въ его области) послѣ 2-го Іюля уже не проявлялись, хотя объективныя явленія въ сердцѣ оставались тѣже, мѣняясь лишь въ томъ отношеніи, что 1-й токъ ad apicem иногда выслушивался акцентированнымъ. Симптомовъ со стороны желудка никакихъ не наблюдалось. Аппетитъ всегда удовлетворительный. Первые дни періодически ощущались боли въ области пояс-

ницы. Вѣсъ=56500—51500, падалъ по мѣрѣ уменьшенія водяночныхъ явленій, съ исчезновеніемъ которыхъ колебался приблизительно на одной высотѣ. Кривая діуреза съ 1000 куб. с. постепенно поднялась до 3400 куб. с., уд. в.=1014—1006; количество бѣлка въ мочѣ все уменьшалось, подъ конецъ обнаруживались лишь слѣды. Выписался больной поправившимся, отлично себя чувствуя. Объективныя явленія со стороны сердца остались безъ перемѣнъ.

Леченіе. Назначались посмѣнно бромистые препараты, digitalis, adonis vernalis, t-ra Convallaria majalis; t-ra Valerian. aether. Иногда—теплыя ванны.

NB. 12-ть анализовъ сока: способъ Bourget. Общая кислотность = 0,12% — 0,19%: HCl = 0,038% — 0,055%. Водянка, вѣсъ тѣла, альбуминурія—постепенно падаютъ: въ обратномъ отношеніи съ ними: діурезъ, общая кислотность и количество HCl сока.

№ 11 (См. табл. № 11). Василій Быстровъ, отставной солдатъ, чернорабочій. 34 лѣтъ. Съ 8 Мая до 9 Іюня· Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Семь дней назадъ почувствовалъ общее недомоганіе, начавшееся познабливаніемъ, затѣмъ появились отеки и одышка. Говоритъ, что опухалъ весь, еще будучи 9-ти-лѣтнимъ мальчикомъ. Въ прошломъ году страдалъ вередами по всему тѣлу, слѣды чего сохранились въ видѣ небольшихъ звѣздчатыхъ рубцовъ. Сифилисъ отрицаетъ. Водкой не злоупотреблялъ. Имѣетъ жену и четырехъ дѣтей: всѣ совершенно здоровы.

Субъективные симптомы. Одышка, особенно при движеніи; ничтожный кашель; аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Атлетическаго сложенія субъектъ, хорошо упитанный. Слизистыя оболочки розовы. Железы лимфатическія на тѣлѣ не увеличены. Сильно выраженная общая анасарка, болѣе на ногахъ и половыхъ органахъ. Температура нормальна. Пульсъ = 53—60, умѣренно наполненный, правильный. Дыханіе — 16. Въ легкихъ: притупленіе перкуторнаго тока подъ лѣвой лопаткой и по лѣвой аксиллярной линіи снизу; fremitus pectoralis и везикулярное дыханіе въ этихъ мѣстахъ—ослаблены; распространенные всюду ronchi sibilantes et sonores. Сердце: плоскость абсолютной тупости не увеличена; толчокъ прощупывается слабо; тоны чисты; акцентъ на діастолѣ у аорты. Ритмъ сокращеній правильный. Печень и селезенка не увеличены. Видимыхъ признаковъ асцита не существуетъ. Стулъ правильный. Моча свѣтложел-

таго цвѣта, количество = 1200 куб. с., уд. в. = 1020, реакція кислая, до $3^1/_2$—4 грам. бѣлка. Подъ микроскопомъ—зернистые и гіалиновые цилиндры вмѣстѣ съ бѣлыми, частью красными кровяными шариками. Вѣсъ—94500 грм.

Теченіе болѣзни безлихорадочное. До 13-го числа стулъ временами былъ жидковатъ, до 2-хъ разъ въ сутки. Около этого времени въ легкихъ всюду выслушивалось уже ясное везикулярное дыханіе. 2-го Іюня подъ лѣвой лопаткой и по лѣвой аксиллярной внизу констатировалось лишь ничтожное уменьшеніе звучности перкуторнаго тона; вибрація не была ослаблена; много раньше этого исчезли хрипы. Водяночныя явленія замѣтно изо дня въ день уменьшались; 21-го Мая была лишь небольшая отечность голеней и тыла стопъ, появлявшаяся потомъ иногда лишь къ вечеру. Количество мочи колебалось между 1200—4300 куб. с., уд. в. = 1020—1004: maximum діуреза—къ концу отековъ, когда моча принимала немного кровянистый оттѣнокъ. Бѣлка мочеваго вначалѣ иногда было до 6 грм., подъ конецъ—около 1 грм. въ сутки. Вѣсъ уменьшался въ параллель съ отеками. Пульсъ подъ конецъ сталъ болѣе полнымъ, твердымъ; на ряду съ этимъ замѣтнѣе стали выступать явленія гипертрофіи сердца: область тупости слѣва почти на 1 поп. палецъ заходила кнаружи отъ сосковой линіи; толчокъ ощущался сильнѣе—по lin. mamill. sin. и кнутри отъ нея, въ 5-мъ, отчасти въ 6-мъ межреберьѣ; діастолическіе тоны у основанія сердца были звякающаго характера. Выписался при вѣсѣ = 75000 грм.,—поправившимся.

Леченіе. Теплыя ванны.

NB. 11-ть анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность = 0,17%—0,25%; HCl = 0,04%—0,072%. По мѣрѣ уменьшенія отековъ, кривая HCl постепенно наростаетъ, обнаруживая наклонность къ повышенію и тогда, когда водянка исчезла и вѣсъ достигъ своего обычнаго statum in quo ante. Въ параллель съ HCl идетъ и общая кислотность.

№ 12 (См. табл. № 12). Иванъ Михайлинъ, крестьянинъ, извозчикъ, 34 лѣтъ. Съ 10-го по 25-е іюля· Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Съ недѣлю назадъ появились—головная боль, боли въ животѣ и поносъ; около этого же времени сталъ замѣчать припуханіе ногъ. Причинъ указать не можетъ. Пять лѣтъ назадъ лежалъ въ больницѣ съ общимъ отекомъ тѣла и тѣми же припадками со стороны пищеварительнаго тракта. Abusum spirituosum отрицаетъ.

Субъективные симптомы. Головная боль, рѣзь въ животѣ, плохой аппетитъ; тошноты и отрыжки не существуетъ.

Объективное изслѣдованіе. Коренастый мужчина, посредственно упитанный. Отекъ лица, конечностей и туловища. Температура нормальная. Пульсъ=48—52, полный, напряженный, правильный. Дыханіе—18—20. Артеріи не склеротичны. Легкія: небольшое сравнительно притупленіе подъ лѣвой лопаткой и по лѣвой аксиллярной линіи снизу; незначительное ослабленіе въ этихъ мѣстахъ везикулярнаго дыханія; кое-гдѣ выслушиваются свисты и среднепузырчатые хрипы. Сердце: границы абсолютной тупости справа до срединной линіи, слѣва же на 1—1½ поп. пальца заходитъ кнаружи отъ сосковой линіи. Толчокъ нѣсколько разлитой, рѣзче всего прощупывается въ 5-мъ межреберьѣ по lin. mamil. sin. и кнутри отъ нея. Ритмъ правильный; тоны чисты, отчетливы; на діастолѣ у аорты акцентъ. Печень и селезенка не представляются увеличенными. Скопленія жидкости въ полости живота не констатируется. Стулъ жидкій и учащенный до 5—8 разъ въ сутки. Моча свѣтложелтой окраски, количество—1200 куб. с., уд. в.—1008, кислой реакціи, содержитъ немного болѣе 1 грм. бѣлка. Въ осадкѣ подъ микроскопомъ замѣчается много зернистыхъ и гіалиновыхъ цилиндровъ съ примѣсью бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Вѣсъ—71500.

Теченіе болѣзни — безлихорадочное. Отечныя явленія къ 21-му числу исчезли. Къ 14—15-му числу исчезли боли въ животѣ. Стулъ все время былъ жидковатый, подъ конецъ сталъ немного рѣже (4—5 разъ). Количество бѣлка въ мочѣ колебалось около 1—2 грм. Вѣсъ падалъ въ параллель съ отеками, подъ конецъ=63500 грм. Кривая діуреза все время шла crescendo; количество мочи колебалось между 1000 — 3800 куб. с., уд. в.=1017—1005. Самочувствіе прогрессивно улучшалось. Послѣ 15-ти дневнаго пребыванія въ больницѣ — былъ переведенъ въ клинику проф. Манассеина.

Леченіе. До 14-го числа—morfii muriat + Aq. amygd. amar. Потомъ лишь періодическія теплыя ванны.

Nb. 8-мь анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность=0,11%—0,16%; HCl=0,038%—0,06%. Наглядная кривая постепеннаго наростанія діуреза въ параллель съ увеличеніемъ общей кислотности и количества HCl сока.

№ 13. (См. табл. № 13). Яковъ Папунинъ, запасной рядовой, штукатуръ, 32 лѣтъ. Съ 14-го апрѣля по 21-е мая.

Nephritis diffusa chronica.

Анамнезъ. Дней 6—7 какъ появились—головная боль, ка-

шель и одышка; вмѣстѣ съ этимъ замѣтилъ припуханіе всего тѣла; моча сдѣлалась красной. Увѣряетъ, что отековъ раньше никогда не замѣчалъ. Причину теперешнихъ припадковъ приписываетъ простудѣ; какъ-то послѣ признался, что незадолго до поступленія сюда въ больницу, подгулявши съ своими товарищами, пилъ водку съ керосиномъ. Лѣтъ 10-ть назадъ лежалъ въ военномъ лазаретѣ съ лѣвостороннимъ плевритомъ.

Субъективные симптомы. Кашель, одышка, головная боль; иногда ощущаетъ, что рябитъ въ глазахъ. Аппетитъ хорошій; тошноты и рвоты не существуетъ.

Объективное изслѣдованіе. Хорошо сложенный рослый мужчина; слизистыя оболочки хорошо окрашены. Пульсъ = 60 — 64, умѣренно наполненный, правильный и равномѣрный. Дыханіе = 18 — 24. Артеріи не склеротичны. Температура нормальна; общая, интенсивно выраженная аназарка, болѣе всего—на ногахъ и половыхъ частяхъ. Въ легкихъ: подъ обѣими лопатками небольшое ослабленіе везикулярнаго дыханія; всюду свисты. Сердце: плоскость абсолютной тупости видимо не увеличена; толчекъ ощупывается книзу и кнутри отъ соска; ритмъ правильный; тоны чисты и отчетливы; на діастолѣ у аорты—акцентъ. Печень и селезенка увеличенія не представляютъ; давленіе на подреберье безболѣзненно. Ясныхъ признаковъ асцита не имѣется. Стулъ правильный. Моча съ кровянистымъ оттѣнкомъ, количество = 600 куб. с., уд. в.=1015, реакція кислая, содержаніе бѣлка до 20 грм. При микроскопированіи осадка: масса эпителіальныхъ и зернистыхъ цилиндровъ съ форменными элементами крови. Вѣсъ=89500 грм.

Теченіе болѣзни — безлихорадочное. Субъективныхъ припадковъ почечнаго страданія все время не замѣчалось. Пульсъ= 60—80. Дыханіе 16—24. Къ 24 апрѣля уничтожился кашель. Толчокъ сердца иногда бывалъ болѣе разлитымъ; ощупывался по lin. mamil sin. и кнутри отъ нея, отчасти—въ 6-мъ межреберьѣ. Аппетитъ большею частію былъ хорошій, временами—уменьшался, появлялась тошнота и головная боль. Съ 19-го апрѣля стали являться жидковатыя и учащенныя (3—6 разъ) испражненія на низъ, которыя съ 9-го мая сдѣлались рѣже, послѣ же 14—16-го мая стулъ совсѣмъ урегулировался. Съ 21-го апрѣля—небольшое разрыхленіе и кроветочивость десенъ, foetor ex ore, что продолжалось до 1 мая. Моча постоянно содержала кровь, принимая иногда цвѣтъ мясныхъ помой; подъ конецъ кровянистая окраска сдѣлалась менѣе выраженной. Количество бѣлка въ мочѣ постепенно уменьшалось и къ концу дошло до 3 грм. въ сутки. Водяночныя явленія и вѣсъ представляли—постепенное паденіе. Діурезъ послѣдовательно увеличивался отъ 600 до 5500

куб. с., достигнувши своего acme къ 5—6-му маю, послѣ чего немного понизился и колебался между 2700—4500 куб. с., уд. в.= 1015—1005. Выписался немного поправившимся, при вѣсѣ= 67000 грм., съ небольшими отеками голеней и стопъ.

Леченіе. Въ теченіе 20 и 21 апрѣля принято 12 грм. каломеля in dosis refractis. Послѣ: pulv effervescens, полосканіе рта koli chlor.+acid. tannic. in solut. Съ 14 по 17 мая внутрь pepsini+acid. muriat. dilut. Періодическія теплыя ванны.

Nb. 12-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Общая кислотность = 0,16%—0,21%; HCl = 0,033%—0,06%. Довольно рельефное совпаденіе кривой діуреза съ кривой HCl. Послѣ употребленія acidi muriat. dilut.+pepsini наступило регулированіе стула.

№ 14 (см. табл. № 14). Константинъ Задворный, крестьянинъ, чернорабочій, 42 лѣтъ. Съ 1-го мая по 14-е мая.

Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Дней 5-ть какъ замѣтилъ отекъ ногъ. Уже лѣтъ 15-ть страдаетъ періодически являющимися отеками всего тѣла, сопровождающимися одышкой, кашлемъ, а часто болями въ поясничной области. Разъ пять лежалъ въ больницѣ; увѣряетъ, что никогда не пьянствовалъ.

Субъективные симптомы. Одышка, кашель. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Субъектъ крѣпкаго тѣлосложенія: мускулатура и подкожный жирный слой развиты хорошо. Рѣзкій отекъ ногъ до plica inguinalis. Температура нормальная. Пульсъ=60, средняго наполненія, правильный. Дыханіе = 20. Въ легкихъ—всюду разбросаны свисты. Скудная слизистая мокрота. Сердце: плоскостьа бсолютной тупости справа доходитъ до срединной линіи, слѣва же—повидимому не переходитъ lin. mamil. sin. Толчекъ распространенный,—кнутри отъ соска, въ 4—5 межреберьяхъ, интенсивнѣе всего ощущается у подложечки. Ритмъ правильный, 1-й тонъ ad apicem не совсѣмъ чистъ; акцентъ на діастолѣ у аорты. Печень на 2 поперечныхъ пальца выдается изъ подреберья, болѣзненна при давленіи. Селезенка не увеличена; небольшой асцитъ. Стулъ жидкій, 3 раза въ сутки. Моча свѣтложелтаго цвѣта, количество=1300 куб. с., уд. в.= 1008, реакція кислая, содержитъ до 2 грм. бѣлка; зернистые, частью эпителіальные цилиндры. Вѣсъ=68000 грм.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Къ 8 мая отечныя явленія исчезли. Пульсъ подъ конецъ сталъ полнѣе, дыханіе рѣже и глубже. Кашель скоро значительно уменьшился и не безпокоилъ больнаго; рѣдкіе свисты держались все время. Дѣятельность сердца постепенно усиливалась, тоны становились болѣе чистыми и от-

четливыми. Печень съ 7-го числа уже не прощупывалась. Асцитъ исчезъ къ 4-му числу. Стулъ все время 3—4 раза, жидковатый. Желудочныхъ припадковъ—не наблюдалось. Моча постоянно содержала около 2 грм. бѣлка; количество ея=1300—2000 куб. с., уд. в. = 1005—1018. Съ уничтоженіемъ отековъ вѣсъ палъ до 65500 грм., послѣ чего колебался между 68000 и 67000 грм. 14-го числа былъ переведенъ въ клинику проф. Манассеина.

Леченіе. Первое время pulv. Doweri. gr. V №1 на ночь.—Теплыя ванны.

Nb. 5-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a; общая кислотность=0,22%—0,25%; HCl=0,045%—0,053%.

№ 15 (см. табл. № 15). Яковъ Шаныгинъ, крестьянинъ, чернорабочій, 44 лѣтъ. Съ 19-го апрѣля по 12 мая.

Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. 2 недѣли назадъ какъ почувствовалъ познабливаніе, головную боль, одышку, кашель, ослабленіе зрѣнія и аппетита; вмѣстѣ съ этимъ появился отекъ всего тѣла. Передаетъ, что и раньше иногда припухали лицо и ноги. Водкой не злоупотреблялъ. Никакихъ особенныхъ болѣзней не запомнитъ, лишь въ прошломъ году лечился въ больницѣ отъ поврежденія ребра.

Субъективные симптомы. Одышка, небольшой кашель, головная боль, видѣніе предметовъ какъ бы сквозь туманъ.

Объективное изслѣдованіе. Средняго роста, порядочнаго питанія. Значительный отекъ ногъ и половыхъ органовъ, слабѣе выраженный на туловищѣ, рукахъ и лицѣ. Температура нормальная. Пульсъ=80, довольно полный, твердый, правильный. Дыханіе = 20. Артеріи не склеротичны. Въ легкихъ кромѣ жесткаго дыханія—ничего особеннаго. Сердце: граница абсолютной тупости слѣва—на 1 поп. палецъ заходитъ кнаружи отъ lin. mamil. sin. Толчокъ разлитой, въ 5-мъ и 6-мъ межреберьяхъ кнутри и немного кнаружи отъ соска. Ритмъ правильный; тоны чисты; на діастолѣ у аорты—рѣзкій акцентъ. Животъ умѣренно вздутъ, стѣнки его напряжены. Печень пальца на 1½—2 выдается изъ подреберья, при давленіи болѣзненна. Селезенка не увеличена. Асцита видимо нѣтъ. Стулъ правильный. Моча темножелтаго цвѣта, количество=400 к. с., уд. в.=1013, кислой реакціи, содержитъ до 2 грм. бѣлка; зернистые, эпителіальные цилиндры съ примѣсью форменныхъ элементовъ крови. Вѣсъ= 72000 грм. Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Водяночныя явленія постепенно уменьшались, къ концу существовали лишь на тыльной поверхности стопъ и на нижнихъ третяхъ голеней. Съ 27-го апрѣля нельзя уже было констатировать увеличенія

печени. Съ 23-го апрѣля появились жидкія испражненія на низъ 2—4 раза въ сутки, продолжавшіяся до 5-го мая. Кривая діуреза вплоть до конца послѣдовательно подпималась съ 400 к. с., до 3500 куб. с.; уд. в. = 1013—1008. Альбуминурія замѣтнымъ образомъ не уменьшилась. Къ концу моча пріобрѣла кровянистый оттѣнокъ. Что касается до субъективныхъ явленій больнаго, то къ изложеннымъ выше симптомамъ, существовавшимъ преимущественно въ 1-ю половину болѣзни, присоединялась иногда тошнота. Аппетитъ оставался постоянно болѣе или менѣе хорошимъ. Выписался поправившимся при вѣсѣ = 59000 грм.

Леченіе. Періодическія теплыя ванны.

Nb. 9-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Кривая HCl идетъ crescendo съ кривой діуреза. Общая кислотность=0,17%—0,2%; HCl = 0,017%—0,048%.

№ 16 (см. табл. № 16). Томасъ Посибъ, отставной солдатъ, подепщикъ, 49 лѣтъ. Съ 29 марта по 23 мая.

Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Съ недѣлю какъ почувствовалъ общее недомоганіе, головную боль, познабливаніе и жаръ; явился кашель; моча сдѣлалась красной и стала выдѣляться въ меньшемъ количествѣ. Одновременно началъ замѣчать отеки по всему тѣлу и увеличеніе живота. Не помнитъ, чтобы и раньше отекалъ. Въ 77 и 76 годахъ страдалъ перемежными лихорадками. Водки никогда не пилъ.

Субъективные симптомы. Кашель, одышка, головная боль, отсутствіе сна и аппетита; временами — тошнота и шумъ въ ушахъ.

Объективное изслѣдованіе. Средняго роста, хорошаго сложенія. Слизистыя оболочки—блѣдноваты. Значительно выраженная общая аназарка. Температура—38°. Пульсъ небольшой, умѣренно наполненный, правильный=84. Дыханіе=24. Артеріи нѣсколько склеротичны. Со стороны легкихъ: относительное уменьшеніе звучности перкуторнаго тона внизу по lin. axillaris dextra и подъ правой лопаткой; разсѣянные ronchi sonores et sibilantes; сзади подъ лопатками — среднепузырчатые хрипы. Сердце: область абсолютной тупости сверху съ 3-го межреберья, справа на 1 поперечный палецъ заходитъ за lin. sternalis sinistra. Толчка не замѣтно; тоны глухи, но чисты. Ритмъ правильный. Печень пальца на 2—3 выдается изъ подреберья, болѣзненна при давленіи. Селезенка съ 8-го ребра не прощупывается. Асцитъ на 1 попер. палецъ выше пупка; покровы живота напряжены. Стулъ жидкій, раза 4 въ сутки. Моча кровянистая, количе-

ство = 250 куб. с., уд. в. = 1018, кислой реакціи, содержитъ до 5 грм. бѣлка; зернистые, гіалиновые цилиндры съ примѣсью форменныхъ элементовъ крови.

Теченіе болѣзни. Температура все время была нормальная кромѣ дня поступленія (38°) и 31-го марта (37,8°). Водяночныя явленія постепенно уменьшались; къ 4-му мая исчезли отеки, показываясь потомъ лишь слегка и изрѣдка (oedema fugax). Асцитъ исчезъ къ 16—17 мая. 1-го мая уже не констатировалось увеличенія печени. Сердечная дѣятельность, а съ нею и пульсъ послѣдовательно поднимались. Подъ конецъ — рѣзкій акцентъ на діастолѣ у аорты. Въ мѣстахъ притупленія правой половины груди первое время иногда выслушивались субкрепитирующіе и крепитирующіе хрипы. Мокрота была скудная, слизистая. Къ 15-му апрѣля кашель почти уничтожился и, если появлялся послѣ, то нисколько не безпокоилъ больнаго. Стулъ до 18 апрѣля былъ болѣе или менѣе правильнымъ, затѣмъ почти все время жидковатымъ и учащеннымъ (3—5—8 разъ въ сутки) Количество мочи шло crescendo отъ 250 до 5000 куб. с.; уд. в. = 1018—1004. Содержаніе крови въ мочѣ подъ конецъ значительно уменьшилось и количество выдѣляемаго бѣлка равнялось около 3 грм. Вѣсъ постепенно съ 85500 грм. опустился на 63500 грм. 9 и 10-го апрѣля—припадки острой уреміи. Выписался поправившимся.

Леченіе. Препараты морфія; съ 20-го по 26-е апрѣля—colomel in dosis refractis; съ 3-го до 10-го мая по временамъ—pepsini + acidi muriat diluti.

Nb. 11-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Кривая HCl совпадаетъ съ кривой діуреза; кривая же общей кислотности сока болѣе—съ кривой вѣса (= падаетъ); послѣ употребленія внутрь pepsini + acid muriat. diluti стулъ становится регулярнѣе. Общая кислотность = 0,21%—0,27%; HCl = 0,013%—0,031%.

№ 17 (см. табл. № 17). Ефимъ Сергѣевъ, запасной рядовой, литографъ, 39 лѣтъ. Съ 23 апрѣля по 6-е іюня.

Nephritis diffusa chronica.

Анамнезъ. Съ недѣлю какъ замѣтилъ общую аназарку и уменьшеніе количества выводимой мочи, что сопровождалось познабливаніемъ, одышкой, кашлемъ, потерей аппетита. Раньше будто бы никогда не отекалъ, но часто испытывалъ боли въ области поясницы, которыя за послѣднія двѣ недѣли усилились. Нѣсколько лѣтъ назадъ перенесъ брюшной тифъ и кровавый понос. Abusus in Baccho.

Субъективные симптомы. Кашель, одышка. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Прекраснаго тѣлосложенія субъектъ; мускулатура и подкожный жирный слой развиты хорошо. Общіе покровы блѣдны; слизистыя оболочки окрашены удовлетворительно. Значительный отекъ ногъ и половыхъ органовъ, менѣе — туловища, рукъ и лица. Говоритъ сиплымъ голосомъ. Температура нормальная. Пульсъ = 48—52, довольно наполненный, правильный. Дыханіе = 16—20. Артеріи не склеротичны. Въ легкихъ ничего особеннаго, кромѣ рѣдкихъ свистовъ и небольшаго ослабленія везикулярнаго дыханія подъ обѣими лопатками. Сердце: область абсолютной тупости справа — до медіальной линіи, слѣва, повидимому не переходитъ lin. mamil. sin. Толчокъ прощупывается слабо, въ 4, 5 межреберьяхъ кнутри отъ соска. Ритмъ правильный. Тоны чисты; на діастолѣ у аорты—акцентъ. Асцитъ, на 1 — 2 поп. пальца не доходящій до пупка. Печень и селезенка уклоненій отъ нормы не представляютъ. Стулъ правильный. Моча съ кровянистымъ оттѣнкомъ, количество ея = 800 куб. с., уд. в. — 1010, реакція кислая, содержитъ до 3 грм. бѣлка; мелкозернистые и гіалиновые цилиндры съ примѣсью форменныхъ элементовъ крови.

Теченіе болѣзни — безлихорадочное. Къ 17-му мая исчезъ асцитъ; съ 23-го мая отеки на тѣлѣ потеряли свой стаціонарный характеръ и появлялись потомъ лишь въ видѣ oedema fugax. Съ паденіемъ отековъ плоскость сердечной тупости опредѣлялась яснѣе и слѣва почти на 1—$1\frac{1}{2}$ поп. пальца заходили кнаружи за lin. mamil. sin.; толчокъ представлялся болѣе разлитымъ и сильнымъ; прощупывался въ 4, 5 и отчасти 6 межреберьяхъ кнутри и немного кнаружи отъ соска. Стулъ постоянно правильный, голосъ сиплый, кашель ничтожный. Постоянно существовалъ pruritus cutaneus. Ночью подъ 16-е мая—ухудшеніе самочувствія, головная боль; на другой день—уменьшенный аппетитъ и тяжесть головы. Съ 23-го мая усилился зудъ въ кожѣ; осиплость голоса и кашель увеличились; 31-го числа вечеромъ — безъ видимыхъ внѣшнихъ причинъ— сильная головная боль, потеря аппетита, тошнота и 2 раза рвота. Моча всегда содержала кровь, количество = 800—3500 куб. с., уд. в. = 1010—1004; бѣлка подъ конецъ было около $\frac{1}{2}$ грм. Вѣсъ постепенно упалъ съ первоначальныхъ 86500 грм. до 71500 грм. Выписался немного поправившимся.

Леченіе. Временами—Morfium + ipecacuanha и бромистые препараты; пульверизація горла. Періодическія теплыя ванны;

Nb. 10-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Совпаденіе

въ общемъ кривой HCl съ кривой діуреза. Общая кислотность=0,13%—0,24%; HCl=0,012%—0,028%.

№ 18 (см. табл. № 18) Григорій Пушкаревъ, крестьянинъ, чернорабочій, 43 лѣтъ.

Съ 22 мая по 20 Іюня. Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. $1^1/_2$—2 недѣли тому назадъ почувствовалъ познабливаніе, потерю аппетита, тошноту, одышку и усиленіе существовавшаго давно кашля; появился поносъ; моча сдѣлалась кровянистою и самъ весь опухъ. Раньше никогда отековъ не замѣчалъ, но часто страдалъ головными болями. Лѣтъ 15 и 25 тому назадъ лежалъ въ больницѣ и лечился „отъ горячки". Привычный потаторъ.

Субъективные симптомы. Кашель, одышка, плохой аппетитъ, иногда—небольшая тошнота и головная боль.

Объективное изслѣдованіе. Коренастый, хорошо сложенный мужчина. Слизистыя оболочки окрашены удовлетворительно. Температура нормальная. Общая аназарка—болѣе выраженная на ногахъ, половыхъ органахъ и туловищѣ. Пульсъ=64, довольно полный, правильный. Дыханіе=24—28. Въ легкихъ: распространенные свисты и средненузырчатые хрипы; удлиненный выдыхъ. Сердце: область абсолютной тупости справа до срединной линіи; толчокъ прощупывается слабо по lin. mamil. sin. и кнутри отъ нея, въ 5-мъ межреберьѣ. Ритмъ правильный; тоны чисты; на діастолѣ, у аорты—акцентъ. Увеличенія печени и селезенки не констатируется. Давленіе на правое подреберье—болѣзненно. Животъ—порядочный. Асцитъ—почти до пупковой линіи. Стулъ жидковатый, 2—3 раза. Моча слегка кровянистой окраски, количество=500 куб. с., уд. в.=1013, кислой реакціи, содержитъ до 2 грм. бѣлка; зернистые и гіалиновые цилиндры, а также форменные элементы крови. Вѣсъ=67500 грм.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Водяночныя явленія постепенно уменьшались; къ 13 іюня исчезъ асцитъ; съ 18—19-го числа не замѣчалось уже отековъ на тѣлѣ. Послѣ 9-го іюня лѣвая граница сердечной тупости заходила на 1 поп. палецъ кнаружи отъ lin. mamil. sin. и толчокъ опредѣлялся болѣе разлитымъ, въ 5 и 6-мъ межреберьяхъ кнутри и частію кнаружи отъ соска. Явленія въ легкихъ съ іюня мѣсяца значительно улучшились—существовали лишь небольшіе свисты; кашель почти уничтожился и пересталъ безпокоить больного. Бывшіе все время поносы (отъ 3 до 6 разъ) послѣ 14-го числа смѣнились болѣе или менѣе нормальнымъ стуломъ. Количество мочи къ концу повысилось до 3800 куб. с., уд. в.=1004; съ 4-го числа

исчезла кровянистая окраска мочи, а съ 19-го въ ней обнаруживались лишь слѣды бѣлка. Вѣсъ постепенно палъ до 55000—55500 грм. Выписался больной при хорошемъ самочувствіи, хорошо окрѣпшимъ и поправившимся.

Лѣченіе. Лишь первые дни противъ сильнаго кашля—morfium, pulv. Doweri. Затѣмъ теплыя ванны.

NB. 10-ть анализовъ сока; способъ Bourget. Кривая HCl идетъ въ параллель съ діурезомъ: общая же кислотность сока вмѣстѣ съ вѣсомъ постепенно падаетъ. Общая кислотность= 0,19%—0,26%; HCl=0,011%—0,027%.

№ 19 (см. табл. № 19). Федоръ Ивановъ, крестьянинъ, извозчикъ, 27 лѣтъ. Съ 30 марта по 20 апрѣля. Nephritis diffusa chronica.

Анамнезъ. Болѣе полугода, какъ стали временами появляться значительные отеки по всему тѣлу, вслѣдствіе чего уже третій разъ поступаетъ сюда въ больницу. Никакихъ болѣзней раньше за собой не помнитъ. Водкой не злоупотреблялъ.

Субъективные симптомы. Слабость силъ, сердцебіеніе, одышка, кашель, плохой аппетитъ.

Объективное изслѣдованіе. Слабаго сложенія, плохого питанія; общіе покровы и слизистыя оболочки блѣдны. Общая анаэарка, болѣе всего выраженная на ногахъ. Температура нормальная. Пульсъ трудно сосчитываемый, аритмичный, малый и легкосжимаемый. Дыханіе=44. Грудь плоская. Со стороны легкихъ: въ нижне-заднемъ отдѣлѣ лѣвой половины груди—небольшое притупленіе перкуторнаго тона, ослабленіе fremitus pectoralis и субкрепитирующіе хрипы. Распространенный бронхитъ. Мокрота пѣнистая, слизистая. Сердце: плоскость абсолютной тупости сверху—съ 3-го ребра, справа—до правой парастернальной линіи, слѣва немного заходитъ кнаружи отъ lin. mamil. sin. Толчокъ распространенный, сотрясательный, въ 5-мъ, отчасти 6-мъ межреберьяхъ кнутри и нѣсколько кнаружи отъ соска. Дѣятельность сердца безпорядочная; сильные перебои. Ad apicem et sub scrobicul. cordis послѣ 1-го тона—шумъ, иногда—лишь одинъ протяжный шумъ безъ тона; этотъ шумъ слабо выслушивается и ad basim. У аорты, особенно же у легочной артеріи—рѣзкій акцентъ на діастолѣ. Ad. art. carotis—глухой первый тонъ и хлопающій, акцентированный второй. Животъ умѣренно вздутъ; покровы его напряжены. Асцитъ, пальца на два не доходящій до пупка. Печень пальца на три выдается изъ подреберья, при давленіи болѣзненна. Селезенка не увеличена. Стулъ жидковатый, 2—3 раза въ сутки. Мочи=

600 куб. с., уд. в.=1016, кислой реакціи, содержитъ немного бѣлка; зернистые и геніалиновые цилиндры. Вѣсъ=59000 грм.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Къ 10-му апрѣля дѣятельность сердца урегулировалась, ритмъ сталъ правильнымъ; шумы исчезли; область сердечной тупости къ концу уменьшилась и толчокъ ощупывался кнутри и книзу отъ соска,—менѣе разлитымъ. Пульсъ=96—100, небольшой; дыханіе=28—32. Числа около 13-го нельзя уже было констатировать увеличеніе печени, асцитъ исчезъ, кашель сдѣлался ничтожнымъ. Къ 16—17-му исчезли отеки на тѣлѣ. Небольшое притупленіе и ослабленіе вибраціи на лѣвой сторонѣ груди остались; субкрепитирующихъ же хриповъ не было; выслушивались лишь рѣдкіе ronchi sonores et sibilantes. Стулъ все время жидкій, 2—5 разъ въ сутки. Мочи подъ конецъ стало выдѣляться больше—до 3200 куб. с., уд. в. колебался отъ 1016 до 1010; постоянно открывался бѣлокъ; вѣсъ постепенно упалъ до 49500—50000 грм. Выписался поправившимся, хорошо себя чувствуя.

Леченіе. До 12-го апрѣля: adonis vernalis+t-ra Convall. majalis+t-rae valerian. aetheres; Morfii gr $^{1}/_{6}$+p. ipecacuanh gr $^{1}/_{2}$ № 2—3 въ день. Съ 13-го числа лишь однѣ теплыя ванны.

NB. 5-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'а. Двигательная функція желудка ослаблена. Общая кислотность=0,087%—0,12%; HCl=0,012%—0,018%.

№ 20 (см. табл. № 20). Григорій Игнатовъ, крестьянинъ, чернорабочій, 41 года. Съ 1-го по 20-е іюня. Nephritis chronica diffusa. Анамнезъ. Съ недѣлю какъ появилась опухоль всего тѣла, чего раньше никогда не замѣчалъ; недѣли за двѣ до этого было общее недомоганіе. Лѣтъ семь назадъ, будучи въ деревнѣ, перенесъ какую-то инфекціонную форму болѣзни, продолжавшуюся недѣли три и сопровождавшуюся потерей сознанія. Уже давно существуютъ явленія сердцебіенія, необнаруживающіяся особенными непріятными припадками, на которые бы больной жаловался. Сифилиса не было, Abusus in Baccho—нѣтъ.

Субъективные симптомы. Одышка при движеніи; чувство тяжести въ правомъ подреберьѣ. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Хорошо сложенный мужчина съ достаточно развитыми мускулатурой и подкожнымъ жирнымъ слоемъ. Сильно выраженная общая анасарка—болѣе на ногахъ и половыхъ органахъ, менѣе на туловищѣ, рукахъ и лицѣ. Температура нормальная. Пульсъ=52—60, напряженный, неправильный. Дыханіе=18. Легкія здоровы, существуютъ лишь рѣдкіе свисты. Сердце: область абсолютной тупости справа—

до правой парастернальной линіи, слѣва—нѣсколько заходитъ кнаружи отъ lin. mamil. sin. Толчокъ не сильный, прощупывается болѣе всего въ 5-мъ межреберьѣ кнутри и немного кнаружи отъ соска. Изрѣдко—перебои. 1-й тонъ ad apicem, отчасти sub scrobicul. cordis—нечистъ. Рѣзкій акцентъ на діастолѣ у аорты. Печень пальца на 2—2½ выдается изъ подреберья, при давленіи болѣзненна. Селезенка не увеличена. Асцитъ, доходящій почти до пупка. Стулъ жидковатый, 2—3 раза въ сутки. Моча свѣтложелтаго цвѣта, количество = 800—1000 куб. с. уд. в. = 1008, кислой реакціи, содержитъ ничтожное количество бѣлка; зернистые и гіалиновые цилиндры. Вѣсъ=75500 грм.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Въ легкихъ и сердцѣ явленія все время безъ перемѣнъ. Стулъ постоянно жидкій, 2—3—5 разъ въ сутки. Къ 15—16 числу нельзя было констатировать увеличенія печени; около этого времени исчезли отеки и стулъ сталъ рѣже. Моча=1000—3500 куб. с., уд. в.=1009—1006; альбуминурія in Statu quo. Вѣсъ постепенно упалъ до 68500 грм. Выписался поправившимся. Леченіе. Теплыя ванны.

NB. 8-мь анализовъ сока; способъ Bourget; общая кислотность=0,1%—0,14%; HCl=0,008%—0,015%. Нефритъ преимущественно интерстиціальнаго характера.

№ 21 (см. табл. № 21). Григорій Петровъ, крестьянинъ, чеканьщикъ, 21 года. Съ 14-го по 22-е мая. Nephritis chronica diffusa. Uraemia acuta.

Анамнезъ. 5-ть дней какъ весь опухъ безъ видимыхъ причинъ; ни зноба, ни жара не чувствовалъ; раньше отековъ никогда не замѣчалъ; былъ всегда будто-бы здоровъ и съ водкой не знакомъ.

Субъективные симптомы. Одышка и небольшой кашель.

Объективное изслѣдованіе. Хорошо сложенный, мускулистый, съ достаточно развитымъ подкожнымъ жиромъ, юноша. Температура нормальная. Пульсъ=64, полный, твердый, правильный. Дыханіе=20. Общая анасарка, рѣзче всего выраженная на ногахъ. Легкія здоровы. Сердце: область абсолютной тупости сверху—3-е межреберье, справа немного заходитъ за лѣвый край грудины, слѣва же переходитъ лѣвую сосковую линію кнаружи. Толчекъ сотрясательный, разлитой, видимъ и ощутимъ главнымъ образомъ въ 5-мъ межреберьѣ по лѣвой сосковой и кнаружи отъ нея. Ритмъ правильный; тоны отчетливы и чисты; діастолическій у аорты акцентированъ и отличается особенной звонкостью. Асцита нѣтъ. Печень и селезенка не увеличены. Стулъ жидкій, 2—3 раза. Моча свѣтложелтаго

цвѣта, количество=1100 куб. с., уд. в.=1020, кислой реакціи, содержитъ болѣе 3 грм. бѣлка; зернистые и гіалиновые цилиндры, а также—бѣлые кровяные шарики. Вѣсъ=71500 грм.

Теченіе болѣзни. Съ утра 16-го числа появилась сильная головная боль, затѣмъ наступили эпилептовидные припадки и коматозное состояніе; вечеромъ этого дня температура поднялась до 38°; къ ночи явилось сознаніе. Съ 17-го до 19-го числа—головныя боли, плохой аппетитъ. Съ 20-го общее состояніе и самочувствіе быстро стали улучшаться; къ этому времени исчезъ бѣлокъ въ мочѣ. Къ 21-му исчезли отеки. Въ легкихъ все время—рѣдкіе свисты. Стулъ жидковатый, 3—5 разъ въ сутки. Количество мочи постепенно повышалось отъ 1000 до 2600 куб. с., уд. в.=1020—1007. Вѣсъ подъ конецъ=63000 грм. Черезъ 9-ть дней больной не пожелалъ болѣе оставаться въ больницѣ и былъ выписанъ поправившимся.

Леченіе. Во время припадковъ острой уреміи—морфій подъ кожу. Періодическія теплыя ванны.

NB. 4 анализа сока; способъ Bourget. Цвѣтовыя реакціи на присутствіе свободной HCl давали 18-го и 19-го числа отрицательный результатъ. Кривая общей кислотности сока и HCl идетъ вмѣстѣ съ кривой діуреза — crescendo. Общая кислотность=0,01%0, 14%; HCl=0,002%—0,029%.

№ 22 (см. табл. № 22). Сергѣй Чикалевъ, крестьянинъ, штукатуръ, 41 года. Съ 17-го мая по 3 іюня. Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Лѣтъ уже 6—7 какъ стали періодически являться отеки всего тѣла. 15-ть лѣтъ назадъ лежалъ въ больницѣ втеченіе 1½ мѣсяца, гдѣ лечился отъ тифа. Водкой незлоупотреблялъ.

Субъективные припадки. Кашель, одышка. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Средняго тѣлосложенія и питанія; жирный подкожный слой развитъ слабо. Общіе покровы и слизистыя оболочки—блѣдны. Голосъ осипшій. Температура нормальна. Пульсъ=76—80, полный, правильный. Дыханіе=36. Лимфатическія железы на тѣлѣ не увеличены. Общая аназарка, болѣе всего выраженная на ногахъ. Въ легкихъ кромѣ явленій бронхита—ничего особеннаго. Сердце: плоскость абсолютной тупости немного заходитъ за лѣвую парастернальную линію, а также за лѣвую сосковую—кнаружи. Толчокъ не сильный, прощупывается въ 4 и 5-мъ межреберьѣ, кнутри и немного кнаружи отъ соска; ритмъ правильный; тоны чисты; у основанія сердца, особенно у аорты, діастолическіе тоны хлопающіе. Асцита нѣтъ. Увеличенія печени и селезенки не удается констатиро-

вать; давленіе на правое подреберье—болѣзненно. Стулъ жидкій, 3—4 раза въ сутки. Моча свѣтло желтаго цвѣта; количество=3000 куб. с., уд. в.=1005, кислой реакціи, содержитъ до $1^1/_2$ грм. бѣлка; въ осадкѣ—гіалиновые и зернистые цилиндры, а также бѣлые кровяные шарики. Мокрота скудная, слизистая. Вѣсъ=60500 грм.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Отеки держались до 21-го числа; около 25—26 числа исчезли явленія бронхита и голосъ сталъ чистымъ. Стулъ все время жидковатый и учащенный. Количество мочи=1700—3200 куб. с., уд. в.=1008—1005. Съ 28-го числа исчезъ бѣлокъ въ мочѣ. Вѣсъ постепенно опустился до 52000 грм. Выписался поправившимся.

Леченіе. Вначалѣ—pulv. Doweri на ночь.

Потомъ лишь теплыя ванны.

NB. 6 анализовъ сока; способъ Bourget. Общая кислотность = 0,07%—0,1%; HCl = 0,006% — 0,01%.

№ 23 (см. табл. № 23), Алексѣй Осиповъ, мѣщанинъ, типографъ, 27 лѣтъ.

Съ 30 мая по 18 іюня. Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Мѣсяцевъ шесть какъ начали періодически являться отеки всего тѣла, при чемъ часто головная боль и припадки желудочнокишечныхъ разстройствъ: тошнота, рвота, боль въ животѣ, поносъ и т. под. Два раза лежалъ въ больницѣ. Уже 17-ть лѣтъ страдаетъ геморроемъ, за послѣднее время часто бывали геморроидальныя кровотеченія. Года 3—4 назадъ позволялъ себѣ abusum in Baccho. Сифилиса или какихъ-либо наслѣдственныхъ конституціональныхъ болѣзней—нѣтъ.

Субъективные симптомы. Общая слабость: больной легко утомляется; аппетитъ хорошій; припадковъ со стороны желудка—никакихъ.

Объективное изслѣдованіе. Нѣжнаго тѣлосложенія, плохоупитанный, видъ кахектическій. Общіе покровы и слизистыя оболочки—блѣдны. Не сильно выраженная общая аназарка. Температура нормальная. Пульсъ = 80, слабый, легко сжимаемый, правильный. Дыханіе = 18. Легкія здоровы. Сердце: область абсолютной тупости нормальныхъ размѣровъ. Толчокъ слабо ощупывается кнутри и книзу отъ соска, въ 5-мъ межреберьѣ. Ритмъ правильный; тоны чисты; небольшой акцентъ на діастолѣ у аорты. Печень и селезенка не увеличены; давленіе на правое подреберье слегка болѣзненно. Асцитъ—почти до пупка. У задняго прохода—набухшія геморроидальныя шишки. Стулъ жидковатый, 2—3 раза. Моча свѣтло-желтаго цвѣта, количество = 2500 куб. с., уд. в. = 1006, кислой реакціи, со-

держитъ около 7 грм. бѣлка; зернистые и гіалиновые цилиндры. Вѣсъ = 46000 грм.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Къ 9-му числу исчезли отеки, асцитъ къ концу немного уменьшился, стулъ все время жидковатый, 2—5 разъ въ сутки. Количество мочи = 1600—3000 куб. с., уд. в. = 1008—1004, альбуминурія in statu quo. Вѣсъ подъ конецъ = 43500 грм. Пролежавши 20 дней въ больницѣ, былъ, затѣмъ, переведенъ въ клинику профес. Манассеина.

Леченіе. Теплыя ванны.

Nb. 9-ть анализовъ сока; способъ Bourget.

Двигательная функція желудка ослаблена. Общая кислотность = 0,015%—0,067%, HCl = 0,0027%—0,008%.

№ 24 (см. табл. 4), Иванъ Карасовъ, крестьянинъ, кровельщикъ, 20 лѣтъ.

Съ 15 марта по 20 апрѣля.

Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Съ декабря прошлаго года больной безъ видимыхъ причинъ почувствовалъ слабость силъ, одышку, ослабленіе аппетита; появились отеки по всему тѣлу, преимущественно на ногахъ, затѣмъ припухлость живота, поносы; существовавшій уже лѣтъ восемь до того времени кашель усилился. Тогда больной въ первый разъ поступилъ сюда въ больницу, гдѣ пролежалъ дней 20-ть (количество мочи равнялось 800—2000 к. с. уд. в.=1014—1004 было находимо небольшое количество бѣлка). Теперь поступаетъ въ больницу третій разъ. Водкой не злоупотреблялъ. Никакихъ болѣзней больше за собой не помнитъ.

Субъективные симптомы. Слабость силъ; глухая ломота въ ногахъ; ощущеніе холода и омертвѣлости въ пальцахъ; уменьшенный аппетитъ; одышка; кашель; по временамъ—рѣзь въ животѣ и головная боль.

Объективное изслѣдованіе. Тщедушный юноша, низкаго роста. Слизистыя оболочки блѣдны. На кожѣ во многихъ мѣстахъ—расчесы. Незначительный отекъ ногъ ниже колѣнъ. Пульсъ = 60, регулярный, слабый. Дыханіе = 16—20. По всей груди жесткое везикулярное дыханіе и распространенные ronchi sibilautes et sonores. Сердце: область абсолютной тупости справа немного заходитъ за lin. sternalis sin. Толчокъ додовольно разлитой, яснѣе всего ощупывается въ 5-мъ межреберьѣ кнутри и немного кнаружи отъ соска. Ритмъ правильный; тоны чисты; на діастолѣ у аорты—акцентъ. Печень и селезенка не увеличены. Асцитъ, пальца на два недоходящій до пупка. Стулъ жидкій 3—4 раза въ сутки. Моча свѣтложелтаго

цвѣта, количество = 3200 куб. сап., уд. в. = 1003, кислой реакціи, слѣды бѣлка; цилиндровъ и форменныхъ элементовъ крови не найдено. Вѣсъ = 39000 грм. Теченіе болѣзни безлихорадочное. У верхушки сердца иногда выслушивался послѣ 1-го тона—шумъ. Въ мочѣ скоро исчезли и слѣды бѣлка; количество ея колебалось между 1700—4000 куб. с., уд. в. = 1009—1003. Отеки на ногахъ то исчезали, то появлялись. Къ концу стулъ сталъ нѣсколько регулярнѣе. Асцитъ, видимо, исчезъ. Кашель существовалъ лишь первое время, преимущественно—по ночамъ; выдѣлялась скудная слизистая мокрота. Аппетитъ почти постоянно былъ хорошій. Вѣсъ въ общемъ немного увеличился и подъ конецъ = 42000 грм. Выписался поправившимся.

Леченіе. Вначалѣ отъ кашля: morfium + ipecacuan.; затѣмъ иногда—pepsini + acidi muriat. dil.—Теплыя ванны.

Nb. 13-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'а. Двигательная функція желудка ослаблена. Нефритъ преимущественно интерстиціальнаго характера. Общая кислотность = 0,02%—0,051%; HCl = 0,002%—0,006%.

№ 25 (см. табл. № 25). Николай Есипровъ, крестьянинъ, шапочникъ, 41 года. Съ 5-го марта по 23 апрѣля.

Nephritis chronica diffusa.

Анамнезъ. Въ началѣ декабря прошлаго года появились поносы до 6—8 разъ въ сутки; въ началѣ января этого года обнаружились по всему тѣлу отеки, которые то усиливались, то уменьшались; вмѣстѣ съ тѣмъ больной сталъ чувствовать одышку и прогрессивный упадокъ силъ. Раньше никогда не отличался цвѣтущимъ здоровьемъ, часто прихварывалъ, перенесъ тифъ, скарлатину; шесть лѣтъ назадъ была желтуха; въ прошломъ году пролежалъ нѣсколько мѣсяцевъ въ больницѣ съ каріознымъ процессомъ на правой стопѣ; былъ на ней ампутированъ 5-й палецъ. Давно существуетъ кашель. Раньше злоупотреблялъ водкой.

Субъективные симптомы. Слабость силъ, одышка и скорая усталость даже послѣ умѣренныхъ физическихъ напряженій; небольшой сухой кашель, иногда—ослабленіе аппетита и тошнота; на лѣвое ухо глухъ; временами—рябитъ въ глазахъ и кружится голова; чувство холода—преимущественно въ ногахъ; частый позывъ на мочу, особенно по ночамъ. Больной заявляетъ еще, что онъ иногда не въ состояніи говорить, такъ какъ «чувствуетъ себя какимъ-то дуракомъ и языкъ у него не ворочается».

Объективное изслѣдованіе. Истощенный кахектическій субъектъ. Общіе покровы и слизистыя оболочки блѣдны. Подкожный жирный слой атрофированъ; кожа дряблая. Видъ боль-

ного тупой, слабоумный; отвѣчаетъ на вопросы вяло, какъ бы нехотя. Отекъ ногъ почти до паховой складки; небольшая одутловатость лица. Температура нормальная. Пульсъ=84, слабый, легко сжимаемый, правильный. Дыханіе=20. На тыльной поверхности правой стопы имѣется рубецъ, тянущійся отъ наружнаго мыщелка голени вплоть до основанія пальцевъ; на подошвенной поверхности той же стопы соотвѣтственно головкѣ 5-й метатарсальной кости имѣется свищевое отверстіе, изъ котораго выдѣляется сукровичная ослизлая жидкость. Давленіе на сосѣднія части нѣсколько болѣзненно. Форма груди больного паралитическая. Небольшое заглушеніе звучности перкуторнаго тона въ лѣвой надключичной ямкѣ. Всюду—ясное везикулярное дыханіе. Сердце: область абсолютной тупости—сверху 3-е ребро, справа—до срединной линіи, слѣва—не переходитъ сосковой. Толчокъ слабый, подъ соскомъ, въ 5-мъ межреберьѣ. Ритмъ правильный. Тоны чисты; у легочной артеріи на діастолѣ—акцентъ. Печень немного увеличена; давленіе на правое подреберье нѣсколько болѣзненно. Со стороны селезенки—ничего особеннаго. Асцитъ, верхняя граница котораго пальца на два не доходитъ до пупковой линіи. Стулъ жидкій, 2—5 разъ въ сутки. Моча свѣтложелтаго цвѣта, количество около 1000 к. с., уд. в. 1009; бѣлка не найдено, цилиндровъ—также.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное; только вечеромъ 25-го марта температура повысилась до 39,3, что сопровождалось для больного ощущеніемъ знобa и жара. Количество мочи постепенно дошло до 3500 куб. с., уд. в.=1009—1002; бѣлка все время необнаруживалось. Водяночныя явленія подъ конецъ замѣтно уменьшились и стулъ сталъ регулярнѣе. Въ связи съ этимъ улучшилось и самочувствіе; числа съ 1-го апрѣля исчезла глухота. Вѣсъ съ 49000 грм. упалъ до 45000. Выписался немного поправившимся.

Леченіе. Антисептическая перевязка правой стопы и теплыя ванны.

NB. 9-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Двигательная функція желудка ослаблена. Нефритъ интерстиціальнаго характера. Общая кислотность=0,014%–0,035% HCl=0,004%–0,007%.

№ 26 (см. табл. № 26). Иванъ Бухонкинъ, крестьянинъ, чернорабочій, 36 лѣтъ. Съ 29 апрѣля по 9-е мая. Nephritis chronica diffusa..

Анамнезъ. Съ недѣлю какъ появились одышка, сердцебіеніе и общій отекъ покрововъ. Больной уже давно страдаетъ поносами и отекаетъ не въ первый разъ. Потаторъ.

Субъективные симптомы. Одышка, небольшой кашель. Аппетитъ хорошій.

Объективное изслѣдованіе. Хорошо сложенный субъектъ съ достаточнымъ развитіемъ мускулатуры и подкожнаго жирнаго слоя. Общіе покровы и слизистыя оболочки — блѣдны. Температура нормальная. Общая аназарка, рѣзче всего выраженная на ногахъ. Пульсъ = 64, полный, регулярный. Дыханіе = 18. Артеріи не склеротичны. Со стороны легкихъ—ничтожное ослабленіе перкуторнаго тона и дыханія подъ правой лопаткой; коегдѣ—ronchi sibilantes et sonores. Мокрота скудная, слизистая. Сердце: границы тупости почти въ предѣлахъ нормы; толчокъ умѣренной силы, прощупывается въ 5-мъ межреберьѣ по lin. mamill. sin. и кнутри отъ нея; ритмъ правильный, тоны—чисты; на діастолѣ у аорты акцентъ. Увеличенія печени и селезенки не опредѣляется; давленіе на правое подреберье—болѣзненно. Асцитъ, не доходящій на 3 поп. пальца до пупка. Стулъ жидкій, до 6 разъ въ сутки. Моча свѣтло-желтаго цвѣта, количество=1100 куб. с., уд. в.=1016, кислой реакціи, содержитъ до 2 грм. бѣлка; зернистые цилиндры. Вѣсъ=69000 грм.

Теченіе болѣзни—безлихорадочное. Къ 7-му числу исчезли отеки на тѣлѣ и асцитъ. Все время продолжался поносъ отъ 3 до 6 разъ въ сутки. Количество мочи=1000—3000 к. с., уд. в.=1016—1004; альбуминурія оставалась in statu quo. Вѣсъ подъ конецъ=64000 грм. Аппетитъ былъ постоянно хорошій. Явленій со стороны желудка въ родѣ: болей, отрыжки, тошноты и т. под. не наблюдалось. Выписался немного поправившимся.

Леченіе.—Теплыя ванны.

NB. 5-ть анализовъ сока; способъ Sjoquist'a. Цвѣтовыя реакціи на присутствіе свободной HCl давали отрицательный результатъ. Общая кислотность=0,06%—0,09%; HCl=0,003%—0,006%. Двигательная функція желудка ослаблена.

Перехожу къ объясненію изложенныхъ фактовъ, заранѣе оговариваясь, что полученные мною результаты не укладываются въ рамки какой-нибудь одной формулы или теоріи, и что въ наблюденныхъ случаяхъ есть еще много загадочнаго.

Изъ представленныхъ выше данныхъ видно, что рядомъ со случаями вполнѣ нормальнаго отдѣленія HCl (I группа) наблюдаются и такіе, гдѣ количество ея въ большей или меньшей степени уменьшено (II

и III группы), или даже часто совсѣмъ не обнаруживается качествен. реакціями (IV группа). Такимъ образомъ, содержаніе HCl значительно колеблется какъ у различныхъ индивидуумовъ, такъ и у каждаго въ отдѣльности. Не всегда легко дать надлежащій масштабъ и точное объясненіе, почему въ сущности у разсмотрѣнныхъ нами нефритиковъ количество отдѣляемой HCl достигаетъ подчасъ огромной разницы. Несомнѣнно, конечно, что въ основѣ такого различія существуетъ извѣстная законность, зависящая отъ цѣлаго комплекса условій, какъ-то: индивидуальности, состоянія различныхъ органовъ; отъ причины, вызвавшей почечное страданіе, отъ силы ея воздѣйствія на организмъ, отъ періода и продолжительности страданія, можетъ быть, даже отъ качества и количества тѣхъ ядовитыхъ веществъ, которыя задерживаются и циркулируютъ въ крови у нефритиковъ, и т. д., и т. д. Всѣ эти факторы, придающіе Брайтовой болѣзни чрезвычайно пестрый колоритъ въ патолого-анатомическомъ отношеніи, а еще болѣе въ клиническомъ, не могутъ не отразиться такимъ же образомъ и на секреторной функціи желудка. Руководствуясь этимъ, хотя бы и общимъ соображеніемъ, мы не будемъ удивлены случаями, кажущимися на первый взглядъ намъ какъ бы парадоксальными въ смыслѣ противорѣчія обыкновенной логикѣ фактовъ. Возьму примѣры. Антоновъ (№ 5) и Быстровъ (№ 11)—два субъекта одного приблизительно возраста, хорошо сложенные, у того и другого хроническій диффузный нефритъ, хотя и не одинаковой давности, но клиническое теченіе его у перваго довольно тяжелое (припадки хронической уреміи—головная боль, шумъ въ ушахъ, иногда тошнота и т. д., вдобавокъ: первоначальное осложненіе глистами), тогда какъ у второго довольно легкое (чувствуетъ себя хорошо, аппетитъ хорошій, стулъ правильный и т. д.). Что же мы видимъ? У субъекта

съ болѣе тяжелой клинической картиной нефрита количественное содержаніе HCl въ сокѣ нормально, у другого же, несмотря на сравнительно легкую картину страданія, содержаніе HCl понижено. Сравнимъ еще того же Быстрова и Семенова (№ 1); послѣдній довольно анемиченъ, съ давнишнимъ страданіемъ почекъ и сердца, одержимъ приступами астмы, и проч. Кажется, что всѣ привиллегіи на нормальное содержаніе HCl въ желудочномъ сокѣ—у Быстрова и всѣ видимые шансы на уменьшеніе ея—у Семенова. На дѣлѣ же выходитъ другое. Возьмемъ еще Привольскаго (№ 6): субъектъ 56 лѣтъ, уже съ пониженной жизнедѣятельностью тканей, между тѣмъ пищеварительная сила сока и количественное содержаніе въ немъ HCl сравнительно нормальны. Послѣднее сравненіе: Маракинъ (№ 7) и Игнатовъ (№ 20). Маракинъ—алкоголикъ, съ цирротическимъ страданіемъ печени, съ постоянными припадками подострой уреміи, и пр.; между тѣмъ, пищеварительная дѣятельность сока почти нормальна и количество HCl доходитъ до 0,09°/o. Но здѣсь интересенъ тотъ фактъ, что субнормальное состояніе секреторной дѣятельности желудка является какъ-бы компенсаціей нарушенной его механической дѣятельности. Приведенныхъ примѣровъ, я думаю, будетъ достаточно, чтобы показать, что въ объясненіи *различнаго содержанія HCl у различныхъ субъектовъ* мы рѣдко можемъ ставить колебанія ея въ видимую зависимость отъ общаго состоянія и самочувствія больного; иное дѣло, если мы прослѣдимъ *колебанія HCl у одного и того же субъекта*; здѣсь эта зависимость дѣлается для насъ болѣе замѣтной и установить, такъ сказать, патологическую норму этихъ колебаній намъ въ послѣднемъ случаѣ удается легче, чѣмъ въ первомъ, гдѣ попытка наша—пріурочить эти индивидуальныя различія въ количественномъ содержаніи HCl къ клинической картинѣ случая—даетъ мало положительныхъ данныхъ.

Можно отмѣтить, все-таки, тотъ фактъ, что всѣ наиболѣе кахектическіе субъекты (№№ 19, 23, 25) представляютъ и наиболѣе тяжелое пораженіе функцій желудка; субъ, екты же, у которыхъ въ анамнезѣ abusus in Baccho, относятся частью ко II-й группѣ случаевъ (№№ 3, 7, 10, 13, 17, 18), частью къ IV-й (№№ 23, 25, 26). Изъ анализа I-й группы случаевъ вытекаетъ неизбѣжное заключеніе, что въ организмѣ нефритика имѣются какія-то условія, которыя дѣлаютъ иногда возможнымъ существованіе нормальныхъ функцій желудка при довольно тяжелой клинической картинѣ общаго состоянія больного; въ этихъ случаяхъ желудокъ противъ обыкновенія проявляетъ какую-то странную самостоятельность въ томъ смыслѣ, что не раздѣляетъ печальной участи всего организма. Во всякомъ случаѣ, на основаніи полученныхъ данныхъ видно, что у нефритиковъ нормальное содержаніе HCl въ желудочномъ сокѣ является какъ исключеніе и, какъ правило, констатируется ея уменьшеніе. Что̀ играетъ непосредственную роль въ уменьшеніи или даже полномъ отсутствіи выдѣляемой HCl,—объ этомъ можно строить лишь одни предположенія. Всякій болѣе или менѣе хроническій нефритикъ, даже при отсутствіи обыкновенныхъ клиническихъ припадковъ мочекровія, есть, строго говоря, и хроническій уремикъ, въ томъ смыслѣ, что въ крови и тканяхъ его организма мало-по-малу задерживаются тѣ ядовитыя начала, которыя при нормальныхъ условіяхъ подлежали бы выдѣленію черезъ почки; эта задержка негодныхъ продуктовъ, послѣдовательно измѣняя составъ крови, какъ морфологически, такъ и химически, въ концѣ-концовъ даетъ намъ ту форму общаго страданія, которая называется дискразіей, худосочіемъ. Конечно, въ одномъ уже этомъ конституціональномъ измѣненіи свойства крови мы имѣемъ условіе, могущее вліять на секрецію сока и его качество. Но надо принять во

вниманіе еще и другіе факторы, какъ-то: состояніе кровообращенія въ желудкѣ; трансудативное пропитываніе его слизистой оболочки; случающіяся нерѣдко выдѣленія на нее изъ крови мочевины и прочихъ продуктовъ, осредняющихъ кислый желудочный сокъ; затѣмъ могутъ быть матеріальныя измѣненія въ слизистой желудка, зависящія или отъ особаго фибрознаго діатеза (arteriocapillaryfibrosis Sutton'a и Gull'я), или катарра, вслѣдствіе часто повторяющихся диспепсій, или даже отъ амилоиднаго ея перерожденія. Не надо забывать и вліянія нервной системы; можетъ быть, циркулирующіе въ крови продукты дезассимиляціи, раздражая извѣстные центры, вліяютъ и на отдѣлительную дѣятельность специфическихъ клѣтокъ желудка черезъ секреторные или сосудодвигательные приводы. Наконецъ, надо принять въ разсчетъ могущія быть при хроническихъ нефритахъ измѣненія симпатическихъ узловъ и самого ganglion nodosi nervi vagi [1]), какъ отдѣлительнаго нерва желудка [2]).

Дифференцируя разобранныя причины примѣнительно къ наблюденнымъ мною случаямъ, матеріальныя измѣненія слизистой желудка можно допустить лишь для нѣкоторыхъ изъ нихъ, а именно, для случаевъ подъ №№ 7, 9, 19, 23, 24, 25 и 26, представляющихъ ослабленную механическую дѣятельность желудка и, большею частью, катарральные признаки его. Всѣ эти случаи—атипическіе въ смыслѣ отсутствія за время теченія болѣзни видимой правиль-ности въ колебаніи HCl.

Извѣстно, что матеріалъ для отдѣленія HCl въ желудочныхъ железахъ доставляютъ обыкновенно хло-

---

[1]) „Къ патологической гистологіи gangl. nod. vagi при крупозной пневмоніи и хроническихъ нефритахъ". Дисс. 1889. Ижевскій.

[2]) „Отдѣлительный нервъ желудочныхъ железъ собаки", сообщ. Павлова и Шумовой - Симановской. Врачъ 1889 г. № 15. Ихъ же: Иннервація желуд. железъ у собаки". Врачъ 1890 г. № 41.

риды крови. Относительно сущности возникновенія свободной HCl въ желудочномъ сокѣ существуютъ главнымъ образомъ двѣ теоріи: 1) по Maly, HCl образуется чрезъ диссоціацію хлоридовъ крови однометальнымъ фосфорнокислымъ натромъ (NaH_2Po_4), отщепляющимъ отъ NaCl минимальныя количества свободной HCl, которая и диффундируетъ въ желудокъ. 2) по другимъ (Сѣченовъ, Ludwig) HCl образуется какъ результатъ дѣятельности самихъ клѣтокъ желудочныхъ железъ.

Я выше упомянулъ, что у каждаго нефритика существуетъ свой minimum и maximum, въ предѣлахъ которыхъ—иногда съ видимой закономѣрностью—колеблется количественное содержаніе HCl въ сокѣ.

Въ нѣкоторыхъ типическихъ случаяхъ мною было констатировано, что кривая HCl шла crescendo въ параллель прогрессивному улучшенію клиническихъ явленій, совпадая всегда въ отечный періодъ съ кривой діуреза. Какъ объяснить себѣ этотъ параллелизмъ въ кривыхъ HCl и діуреза? Нужно ли въ немъ видѣть лишь только сопутствующіе другъ друга симптомы общаго улучшенія состоянія, или же между означенными феноменами, быть можетъ, существуютъ и болѣе тѣсныя зависимыя отношенія?

Я полагаю,—не рискуя сдѣлать большой ошибки,—что за періодъ всасыванія отековъ, resp. усиленнаго діуреза, процессъ наростанія HCl въ желудочномъ сокѣ въ замѣтной степени можетъ быть отнесенъ и на счетъ избытка хлоридовъ, который поступаетъ въ кровь изъ трансудатовъ. Свое предположеніе я могу подкрѣпить данными экспериментальной патологіи и сошлюсь на опыты Braun'a, Grützner'a и Boas'a [1]), показавшіе, что, при введеніи въ кровь

---

[1]) Dr. Ewald. О распознаваніи и лѣченіи катарровъ желудка. Перев. со 2 нѣм. изд. Практич. Мед. 1890 г. № 6—7.

раствора NaCl, секреторная дѣятельность желудочныхъ железъ повышается.

Во всѣхъ изслѣдованныхъ мною случаяхъ, какъ видно изъ таблицъ, *молочная кислота* въ большемъ или меньшемъ количествѣ присутствовала постоянно.

Въ настоящее время считается общепризнаннымъ мнѣніе, что молочная кислота не есть продуктъ железъ желудка, а имѣетъ своимъ источникомъ вводимую пищу, причемъ или вводится уже въ первоначально готовомъ видѣ, или же образуется въ желудкѣ потомъ изъ углеводовъ, подъ вліяніемъ специфическихъ микроорганизмовъ. Количество ея въ желудкѣ будетъ тѣмъ больше, чѣмъ обильнѣе вводимый матеріалъ и чѣмъ энергичнѣе будетъ броженіе послѣдняго. На степень же этого броженія вліяетъ тормозящимъ образомъ содержащаяся въ сокѣ HCl, являющаяся въ извѣстномъ смыслѣ регуляторомъ, не дающимъ при нормальныхъ условіяхъ этому броженію переходить опредѣленныхъ границъ. Ewald и Boas на основаніи цѣлаго ряда изслѣдованій установили для своего пробнаго завтрака въ процессѣ пищеваренія слѣдующія три фазы: 1) первые полчаса, когда HCl является связанной со щелочной пищевой кашицей, это—фаза наибольшаго развитія молочной кислоты и полнаго отсутствія свободной HCl; 2) вторые полчаса, когда HCl начинаетъ появляться въ свободномъ состояніи, и молочно-кислое броженіе затихаетъ и, наконецъ, 3) черезъ часъ—молочная кислота исчезаетъ и появляется лишь одна свободная HCl, достигающая своего maximum=0,2%.

Ставши на точку зрѣнія Ewald'a и Boas'a, всѣ мои случаи, гдѣ черезъ 1—1¼ часа послѣ завтрака обнаруживалась молочная кислота, иногда въ порядочномъ количествѣ, придется считать патологическими.

Что касается общей кислотности сока, то она въ случаяхъ I и II группы рѣдко была понижена; на-

оборотъ, это пониженіе было обычнымъ явленіемъ для случаевъ III и IV группъ.

У одного и того же лица общая кислотность сока колебалась чаще всего въ параллель съ HCl, рѣже—ихъ отношенія были обратными. (см. №№ 1, 5, 16, 18).

При опредѣленіи *пепсина* путемъ искусственнаго перевариванія бѣлковаго кружка мною уже былъ нотированъ фактъ, проходящій, такъ сказать, красной нитью черезъ всѣ изслѣдованные случаи—это видимый недостатокъ фермента. Я тогда же заподозрилъ—не кроется ли здѣсь причина въ какихъ-либо случайныхъ условіяхъ самаго способа изслѣдованія, и, прежде всего, предположилъ, не задерживается ли пепсинъ на фильтрѣ вмѣстѣ съ пищевой кашицей? Что фильтръ можетъ задерживать нѣкоторыя дѣйствующія составныя части желудочнаго сока, я впослѣдствіи узналъ изъ статьи проф. Jaksch'a [1]), который ссылается на опыты v. Pfungen'a, доказавшаго, что въ нефильтрованномъ сокѣ HCl содержится болѣе, чѣмъ въ фильтрованномъ.

Чтобы убѣдиться, я произвелъ нѣсколько повѣрочныхъ опытовъ и, гдѣ мнѣ только позволяло количество сока, тамъ я съ профильтрованными его порціями бралъ еще пробирку съ непрофильтрованнымъ сокомъ; такихъ повѣрочныхъ пробъ у меня около 40. Въ результатѣ получилось, что бѣлковый кружокъ въ непрофильтрованномъ сокѣ рѣдко растворялся ранѣе кружка въ профильтрованномъ, а въ сравненіи съ тѣмъ кружкомъ, куда былъ прибавленъ пепсинъ, обыкновенно позже на 10—15—20 минутъ. Полнаго отсутствія этого фермента никогда не наблюдалось, такъ какъ даже въ случаяхъ IV-й группы („apepsie“) достаточно было прибавить къ соку 1—2 капли соля-

---

[1]) Zeitsch. f. kl. Med. 1890 г. B. XVII. H. 5.

ной кислоты, чтобы кружокъ растворился черезъ 5—8 часовъ.

Labferment открывался постоянно, представляя лишь ослабленную энергію въ случаяхъ III-й и IV-й группъ, насколько объ этомъ можно было судить по замедленной створаживаемости молока (1—1$^1/_2$—2 часа); три раза открывался лишь въ видѣ «предварительнаго фермента» — зимогена (см. № 24 и 25). Результаты эти не даютъ мнѣ права исключительно придерживаться какого-нибудь одного изъ мнѣній, существующихъ на сычужное створаживаніе,—ни Boas'a, ни его противниковъ.

Протеолитическій процессъ. Во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ содержались почти всѣ виды превращенія бѣлковъ: альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ. Въ III-й группѣ случаевъ часто констатировались лишь слѣды пептона, въ IV-й же группѣ иногда и полное его отсутствіе. Какъ правило почти—замѣчалось, что количество парапептоновъ было въ обратномъ отношеніи съ количествомъ пептоновъ. Въ группахъ III-й и IV-й было обнаруживаемо малое содержаніе ацидъ-альбумина.

Амилолитическій процессъ. Какъ извѣстно, неорганизованный ферментъ слюны—птіалинъ, дѣйствуя на крахмалъ, даетъ послѣдовательно слѣдующій главный рядъ превращеній: растворенный крахмалъ, эритродекстринъ, ахроодекстринъ, мальтозу и отчасти декстрозу. Этотъ сахаротворный процессъ лучше всего проявляется въ слабощелочныхъ и нейтральныхъ растворахъ, притомъ не ограничивается лишь полостью рта, а благодаря проглоченной слюнѣ продолжается извѣстное время и въ желудкѣ. Черезъ часъ послѣ пробнаго завтрака крахмалъ при нормальныхъ условіяхъ, по Ewald'y, долженъ быть уже весь превращенъ въ сахаръ или, по крайней мѣрѣ, въ ахроодекстринъ, а слѣдовательно прибавленіе къ профильтрованному со-

держимому желудка Lugol'евскаго раствора должно давать лишь свѣтложелтую окраску, и разъ въ этомъ случаѣ появляется пурпурово-красная окраска или синяя, то уже это указываетъ на замедленіе процесса сахарофикаціи. Просматривая наши случаи, находимъ, что рядомъ съ постояннымъ присутствіемъ во всѣхъ группахъ ахроодекстрина и сахара констатируется, кромѣ того, еще присутствіе въ I-й и II-й группахъ—эритродекстрина и раствореннаго крахмала и въ III-й группѣ—эритродекстрина. Эти факты показываютъ, такимъ образомъ, что въ первыхъ трехъ группахъ случаевъ процессъ сахарофикаціи совершается не въ надлежащей степени, а именно—ослабленъ. Изъ причинъ такого явленія могутъ быть лишь двѣ: или недостаточное содержаніе птіалина въ слюнѣ, или же большое содержаніе кислоты въ желудкѣ.

Velden [1]), изучавшій дѣйствіе слюны въ желудочномъ сокѣ, пришелъ къ заключенію, что птіалинъ не теряетъ своей энергіи въ кисломъ растворѣ, если въ послѣднемъ HCl содержится не болѣе 0,01%, молочной же не болѣе 0,1—0,2%. Sticker [2]) объясняетъ возможность дѣйствія діастатическаго фермента слюны тѣмъ, что послѣдняя въ началѣ пищеваренія, благодаря своей алкоголичности, нейтрализуетъ кислый желудочный сокъ. Проф. L. Rummo и dr. Ferranini [3]), изслѣдовавшіе вліяніе кислотъ желудочнаго сока на броженіе, происходящее въ желудкѣ, приводятъ указанія, что прибавленная къ слюнѣ до начала амилолиза HCl въ небольшомъ количествѣ (0,0001%) не задерживаетъ этого вида броженія, которое останавливается, если кислоты будетъ больше; молочная кислота задерживаетъ при 0,025% и прекращаетъ при 0,1%; прибавленіе HCl послѣ начала амилолиза черезъ часъ начинаетъ задерживать

[1]) Dr. Ewald. О способахъ изслѣдов. желудка. Перев.
[2]) Цитир. по Медиц. Обозр. 1889 г.
[3]) Цитир. по Врачу 1889 г. № 38 и 1890 г. № 11.

при 0,025% — 0,2% и прекращаетъ амилолизъ при 0,3%—0,5%.

Интересныя данныя, разъясняющія намъ отношеніе фермента слюны къ желудочному соку, приводятся въ изслѣдованіяхъ Кравкова Николая [1]) (лабор. Сѣченова), работавшаго съ чистыми неорганизованными ферментами. Констатировавши тотъ фактъ, что для парализаціи діастатическаго фермента слюны достаточно содержанія HCl уже въ количествѣ 0,0002%, а органической 0,002%, онъ своими опытами далѣе наглядно показалъ, почему этотъ ферментъ, тѣмъ не менѣе, можетъ весьма успѣшно проявлять свое дѣйствіе и при физіологической кислотности желудочнаго сока; изъ опытовъ его видно, что альбуминъ, глобулинъ и пептоны, связывая кислоты, при діастатическихъ процессахъ играютъ, такъ сказать, роль хранителей діастаза отъ депримирующаго дѣйствія химическихъ агентовъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, повидимому, и роль стимулирующихъ факторовъ процесса сахарификаціи. Даже незначительныя количества бѣлковъ, будучи прибавлены къ ферментному настою *до* обработки его кислотой, дѣлаютъ настой нечувствительнымъ къ 0,2% HCl; при этомъ обнаруживается, что порядокъ прибавленія бѣлковъ и кислоты имѣетъ огромнѣйшее значеніе, именно—ферментный настой лишь тогда становился нечувствительнымъ къ кислотѣ, когда бѣлковыя вещества прибавлялись раньше прибавленія кислоты; при обратномъ же дѣйствіи результаты выходили тѣ же, что и безъ прибавленія кислоты, т.-е. полная остановка процесса сахарификаціи. Итакъ, благодаря тому, что при желудочномъ пищевареніи бываетъ достаточное количество бѣлка для связыванія кислоты (не въ смыслѣ ацидъ-альбуминизаціи), процессъ ферментаціи продолжается.

---

[1]) Журн. Рус. Химич. Общ—а 1887 и 1888 гг.

Возвращаясь къ своимъ случаямъ, я, на основаніи опытовъ послѣдняго автора, долженъ допустить, что задержка превращенія крахмала въ сахаръ зависѣла, вѣроятно, главнымъ образомъ отъ ослабленія самого фермента слюны.

Всасывательная функція для JK была *сравнительно* ослаблена лишь у двухъ субъектовъ IV-й группы, у которыхъ первое появленіе въ слюнѣ іода обнаруживалось въ среднемъ минутъ черезъ 18.

Двигательная функція желудка, въ смыслѣ воззрѣній Ewald'а, уклоненій отъ нормы не представляла; при опредѣленіи же мышечной дѣятельности по способу Leube констатировалось ея ослабленіе: у трехъ субъектовъ II-й группы (№№ 7, 9, 19) и у четырехъ—IV-й группы. (№№ 23, 24, 25, 26). Всѣ эти субъекты преимущественно съ рѣзко выраженнымъ упадкомъ питанія, въ желудочномъ сокѣ которыхъ обнаруживалось часто присутствіе большого количества слизи.

Мнѣ не удалось примѣтить хоть сколько-нибудь замѣтной разницы во всасывательной и двигательной функціяхъ желудка у нефритиковъ въ періодъ отечный и внѣотечный.

Теперь приведу выдержку изъ предварительнаго сообщенія д-ра Бернацкаго, изслѣдовавшаго желудочное пищевареніе на шести случаяхъ хроническаго и подостраго паренхиматознаго воспаленія почекъ у молодыхъ индивидовъ, не представлявшихъ значительныхъ разстройствъ со стороны органовъ кровеобращенія и дыханія, безъ предсуществовавшаго у нихъ желудочнаго пораженія и безъ лихорадки. Пищевымъ раздражителемъ у автора служила преимущественно проба съ куринымъ бѣлкомъ. Выводы онъ дѣлаетъ слѣдующіе: 1) количество свободной HCl сильно уменьшено, а въ большинствѣ случаевъ отсутствуетъ, 2) молочная кислота находилась въ незначительномъ количествѣ, 3) общая кислотность сока часто не превышала 0,106%,

4) процессъ пептонизаціи имѣлъ мѣсто болѣе или менѣе всегда, 5) весьма часто обнаруживалось малое содержаніе пепсина, 6) ослабленія двигательной функціи желудка не было никогда. Изъ краткаго сообщенія Бернацкаго, къ сожалѣнію, нельзя узнать, какой именно получался въ его случаяхъ maximum пептической силы сока, его кислотности и количественнаго содержанія свободной HCl; во всякомъ разѣ, сравнивая результаты нашихъ изслѣдованій, нельзя не замѣтить, что разница у насъ получилась, строго говоря, болѣе количественная, чѣмъ качественная, такъ какъ приводимыя авторомъ данныя имѣютъ достаточное число аналоговъ въ моихъ случаяхъ III-й и IV-й, отчасти II-й группъ.

Изъ совокупности полученныхъ мною данныхъ вытекаютъ заключенія:

1) Количественное содержаніе свободной HCl въ желудочномъ сокѣ у хроническихъ нефритиковъ чрезвычайно колеблется какъ въ разныхъ случаяхъ, такъ и въ каждомъ въ частности.

2) Колебаніе это у разныхъ лицъ болѣе значительно и связь его съ общей клинической картиной менѣе замѣтна, чѣмъ у одного и того же индивидуума, гдѣ колебаніе сравнительно меньше и отношеніе къ общему состоянію выражено болѣе рельефно.

3) Въ большинствѣ случаевъ количественное содержаніе HCl—понижено, а общая кислотность—нормальна; въ меньшинствѣ—HCl содержится нормально или отсутствуетъ, а общая кислотность—понижена.

4) Въ отношеніи характера желудочнаго содержимаго разгаръ пищеваренія у большинства нефритиковъ можно поставить въ соотвѣтствіе со 2-й фазой пищеварительнаго процесса у здоровыхъ субъектовъ (по схемѣ Ewald'а).

5) Въ большинствѣ случаевъ сказывается довольно замѣтнымъ пониженное содержаніе неорганизованныхъ

ферментовъ—пепсина, птіалина, отчасти labferment'a.

6) Всасывательная функція желудка вообще нормальна.

7) Механическая сила желудка ослаблена лишь у субъектовъ особенно кахектическихъ, или у лицъ съ катарральными признаками его.

8) Подострые и хроническіе припадки уреміи не исключаютъ возможности существованія у нефритиковъ нормальнаго содержанія HCl въ желудочномъ сокѣ и нормальной пищеварительной дѣятельности послѣдняго.

ТАБЛИЦА № 1.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемая по Ewald'у.	Моторная сила желудка опредѣляемая по Leube.	Пептическая сила сока одного.	Пептическая сила сока + pepsin.	Пептическая сила сока + HCl.	Пептическая сила сока + pepsin + HCl.
мая 29	0,27	0,104	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 8—12″ (4 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ салициловой кислоты = черезъ 1—1¼ часа (3 опредѣленія).	черезъ 6½ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опредѣленія).	1½ ч.	1½ ч.	1¾ ч.	1¾ ч.
31	0,29	0,086				1¾	1½	—	1¼
іюня 2	0,3	0,075				1¾	1½	1½	1¼
5	0,32	0,114				1¼	1	1½	1½
8	0,29	0,067				—	—	—	—
15	0,28	0,071				1½	—	—	—
21	0,32	0,062				1½	1¼	1¼	1
22	0,33	0,059				1¾	1½	1¼	1
26	0,3	0,172				1	¾	2½	2½
іюля 4	0,28	0,14				1	около 1	2	2
6	0,26	0,124				1½	1¼	1¾	1½
8	0,26	0,124				—	—	—	—
11	0,31	0,073				1¾	1½	1½	—
15	0,33	0,068				около 2-хъ	1½	1¼	1¼
17	0,29	0,06				около 2-хъ	1¾	1	—

ТАБЛИЦА № 2.

Число и мѣсяцъ.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Маторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
іюля 18	0,17	0,07	первое появленіе въ слюнѣ 8—12″ (3 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1—1¼ часа.	черезъ 6½ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опредѣленія).	1½ ч.	1¼ ч.	1 ч.	1 ч.
19	0,16	0,092				1½	1¼	—	—
21	0,18	0,084				1½	1½	1¼	—
23	0,08	0,009				черезъ 24 часа кружокъ еще не растворился.	—	около 8 ч.	—
26	0,21	0,11				1¼	1	2	1½
28	0,26	0,17				1	¾	2½	—
30	0,23	0,16				—	—	—	—
авг. 1	0,25	0,16				1	около 1 ч.	2½	2
4	0,26	0,17				—	—	—	—
5	0,26	0,17				около 1 ч.	¾	2	—
8	0,25	0,16				1 ч.	1	—	—

ТАБЛИЦА № 3.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемыя		Пептическая сила сока.			
				по Ewald'у.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.
мая 30	0,32	0,055	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 8—10 минутъ (2 опред.).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1 часъ (2 опредѣленія).	черезъ $6^1/_2$ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (1 опред.).	около 2 ч.	около 2 ч.	$.1^1/_4$ ч.	1
іюня 1	0,35	0,072				$1^3/_4$	—	—	—
2	0,34	0,07				2	$1^3/_4$	1	1
3	0,32	0,084				$1^1/_2$	$1^1/_2$	$1^1/_4$	—
5	0,3	0,08				$1^1/_2$	около $1^1/_2$	$1^1/_4$	1
7	0,3	0,09				$1^1/_4$	—	—	—
9	0,32	0,085				$1^1/_4$	—	1	1
10	0,31	0,085				—	—	—	—
11	0,31	0,08				$1^1/_4$	около $1^1/_4$	1	1

ТАБЛИЦА № 4.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Маторная сила желудка опредѣляема по Ewald'y	Маторная сила желудка опредѣляема по Leube.	Пептическая сила сока одного.	Пептическая сила сока + pepsin.	Пептическая сила сока + HCl.	Пептическая сила сока + pepsin + HCl.
іюня 29	0,15	0,037	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 10—12 минутъ (4 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ солицилуровой кислоты черезъ $1—1^{1}/_{4}$ (3 опредѣленія).	черезъ $6^{1}/_{2}$ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опредѣленія).	4 ч.	—	—	—
30	0,14	0,029				$4^{1}/_{4}$	около 4 ч.	—	—
іюля 2	0,17	0,042				$3^{1}/_{2}$	$3^{1}/_{2}$	2 ч.	$1^{1}/_{4}$ ч.
3	0,15	0,038				$3^{3}/_{4}$	$3^{1}/_{2}$	2	$1^{1}/_{2}$
5	0,18	0,042				—	—	—	—
6	0,18	0,045				—	—	—	—
8	0,17	0,05				$2^{1}/_{4}$	2	$1^{1}/_{4}$	$1^{1}/_{4}$
10	0,2	0,048				$2^{1}/_{4}$	$2^{1}/_{4}$	$1^{1}/_{2}$	—
12	0,2	0,045				$3^{1}/_{2}$	около 3-хъ	$1^{1}/_{2}$	1
13	0,19	0,063				2	2	$1^{1}/_{2}$	—
18	0,18	0,055				$2^{1}/_{2}$	—	—	—
21	0,2	0,059				$2^{3}/_{4}$	$2^{1}/_{2}$	$1^{3}/_{4}$	—
23	0,21	0,072				$1^{1}/_{2}$	$1^{1}/_{2}$	$1^{1}/_{4}$	$1^{1}/_{4}$
25	0,19	0,078				$1^{3}/_{4}$	$1^{1}/_{2}$	$1^{1}/_{4}$	1
27	0,2	0,074				$1^{1}/_{2}$	—	$1^{1}/_{2}$	—

ТАБЛИЦА № 5.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность.	Моторная сила желудка опредѣляема по Ewald'y.	Моторная сила желудка опредѣляема по Leube.	Пептическая сила сока одного.	Пептическая сила сока + pepsin.	Пептическая сила сока + HCl.	Пептическая сила сока + pepsin + HCl.
мая 15	0,34	0,14	первое появленіе въ слюнѣ JK константировалось черезъ 7—10″ (5 опред.).	Салицилуровая кислота появлялась въ мочѣ черезъ $1—1\frac{1}{4}$ часа (4 опред.).	Черезъ $6\frac{1}{2}$ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (3 опредѣленія).	$1\frac{1}{2}$ ч.	$1\frac{1}{2}$ ч.	—	—
17	0,33	0,12				$1\frac{3}{4}$	$1\frac{1}{4}$	2 ч.	2 ч.
18	0,33	0,12				$1\frac{1}{2}$	около $1\frac{1}{2}$	$2\frac{1}{4}$	2
20	0,3	0,16				—	—	—	—
22	0,32	0,11				$1\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{2}$
23	0,3	0,13				$1\frac{1}{2}$	—	—	—
25	0,32	0,15				$1\frac{1}{4}$	1	—	—
26	0,33	0,15				$1\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{4}$	$2\frac{1}{4}$	$2\frac{1}{4}$
29	0,31	0,14				$1\frac{3}{4}$	$1\frac{1}{2}$	—	$1\frac{3}{4}$
іюня 7	0,29	0,14				—	—	—	—
9	0,3	0,13				$1\frac{3}{4}$	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{2}$	—
13	0,29	0,16				$1\frac{1}{4}$	1	2	2
15	0,31	0,14				—	—	—	—
18	0,27	0,13				$1\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	—
іюля 3	0,28	0,15				$1\frac{1}{4}$	—	—	$1\frac{1}{2}$
5	0,29	0,16				$1\frac{1}{4}$	1	около 2-хъ	—
7	0,27	016				$1\frac{1}{2}$	около $1\frac{1}{4}$	$1\frac{3}{4}$	$1\frac{3}{4}$

ТАБЛИЦА № 6.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Ewald'у.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
апр. 26	0,23	0,13	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 8—12 минутъ (3 опред.)	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1 часъ (2 опредѣленія).	черезъ $6^1/_2$ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опред.).	$1^3/_4$ ч.	около $1^1/_4$	$2^1/_2$	$2^1/_2$
27	0,24	0,13				около 2	$1^1/_2$	$3^1/_2$	3
28	0,24	0,12				$1^3/_4$	$1^1/_2$	$2^1/_2$	3
мая 2	0,28	0,13				$1^1/_4$	1	$2^1/_4$	3
3	0,25	0,13				$1^1/_2$	$1^1/_2$	3	$3^1/_2$
5	0,25	0,12				около 2	—	—	—
7	0;24	0,14				$1^1/_2$	1	3	3
9	0,25	0,14				$1^1/_2$	1	$2^1/_2$	—
10	0,24	0,12				$1^3/_4$	$1^1/_4$	$2^1/_2$	3

ТАБЛИЦА № 7.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемая по Ewald'y.	Моторная сила желудка опредѣляемая по Leube.	Пептическая сила сока: одного.	Пептическая сила сока: + pepsin.	Пептическая сила сока: + HCl.	Пептическая сила сока: + pepsin. + HCl.
іюнь 9	0,3	0,082	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 10—12" (3 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ $1^{1}/_{4}$—$1^{1}/_{2}$ часа (3 опредѣленія).	черезъ $6^{1}/_{2}$ часовъ послѣ обѣда желудокъ еще содержалъ остатки пищи (2 опредѣленія).	$1^{3}/_{4}$ ч.	$1^{1}/_{2}$ ч.	$1^{1}/_{2}$ ч.	$1^{1}/_{4}$ ч
12	0,29	0,068				$1^{3}/_{4}$	$1^{1}/_{2}$	—	—
13	0,27	0,09				$1^{1}/_{2}$	около $1^{1}/_{2}$	1	1
14	0,25	0,079				$1^{1}/_{2}$	$1^{1}/_{4}$	$1^{1}/_{4}$	1
16	0,31	0,091				$1^{1}/_{4}$	1	$1^{1}/_{2}$	$1^{1}/_{4}$
17	0,33	0,036				—	—	—	—
21	0,28	0,064				—	—	—	—
23	0.27	0,081				$1^{3}/_{4}$	$1^{1}/_{2}$	около $1^{1}/_{2}$	$1^{1}/_{2}$
24	0,29	0,069				около 2 хъ	$1^{1}/_{2}$	—	1
26	0,26	0,052				около 2-хъ	$1^{3}/_{4}$	$1^{1}/_{4}$	1
28	0,31	0,07				$1^{3}/_{4}$	$1^{1}/_{2}$	—	—
іюль 10	0,29	0,091				$1^{1}/_{2}$	$1^{1}/_{2}$	—	—
12	0,22	0,074				$1^{3}/_{4}$	$1^{1}/_{2}$	$1^{1}/_{4}$	1
14	0,24	0,074				$1^{3}/_{4}$	$1^{1}/_{2}$	—	1

ТАБЛИЦА № 8.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пепгическая сила сока.			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.
мая 23	0,15	0,034	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 10—12 минутъ (2 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1—1¼ часа (2 опред.).	черезъ 6½ насовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (1 опред.).	4 ч.	3½ ч.	—	—
25	0,15	0,029				—	—	—	—
28	0,13	0,017				около 5	4¼	1½	1¼
29	0,16	0,03				4	3½—4	1½	—
31	0,2	0,047				—	—	—	—
юня 1	0,18	0,047				около 3	2¼	1¼	—
2	0,2	0,053				2	1¾	2	1¾
4	0,19	0,08				1½	1½	2	—

ТАБЛИЦА № 9.

Число и мѣсяцъ.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
мая 6	0,16	0,033	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 8—10 мин. (3 опред.).	первое появленіе въ мочѣ салициЛуровой кислоты черезъ 1—1 1/4 часа (3 опредѣленія).	черезъ 6 1/2 часовъ послѣ обѣда желудокъ еще содержалъ небольшіе остатки пищи (2 опредѣленія).	4 ч.	3 1/2 ч.	—	1 ч.
7	0,21	0,04				3 3/4	3 1/2	около 2 ч.	1 1/2
9	0,21	0,025				4 1/2	4	1 1/2	1 1/4
12	0,24	0,038				3 1/2	—	1 1/2	—
21	0,24	0,071				1 1/2	1 1/2	—	—
24	0,2	0,024				4 1/4	около 4	1 1/2	1 1/4
25	0,21	0,037				3 1/4	—	—	1 1/2
28	0,21	0,03				—	—	—	—
30	0,24	0,03				4	4	1 1/2	1 1/4
іюня 2	0,22	0,04				3 1/4	—	1 1/4	—

ТАБЛИЦА № 10.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Ewald'у.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.
іюня 19	0,12	0,04	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 10—12" (3 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты наступало черезъ 1 часа (3 опредѣленія).	черезъ $6^1/_2$ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опредѣленія).	4 ч.	—	$1^3/_4$ ч.	—
22	0,14	0,04				$4^1/_2$	$4^1/_2$ ч.	$1^1/_2$	—
24	0,17	0,038				—	—	—	—
28	0,19	0,038				—	—	—	—
29	0,16	0,044				около 4	$3^1/_2$	—	$1^1/_4$ ч.
іюля 1	0,19	0,046				—	—	—	—
3	0.17	0,05				$2^1/_2$	около $2^1/_2$	—	—
5	0,17	0,05				$2^1/_2$	2	$1^1/_4$	1
7	0,18	0,055				2	2	1	1
8	0,17	0,05				2	—	—	1
13	0,18	0,053				$2^1/_4$	2	1	—
15	0,19	0,053				2	около 2	1	1

ТАБЛИЦА № 11.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемая по Ewald'у.	Моторная сила желудка опредѣляемая по Leube.	Пептическая сила сока одного.	Пептическая сила сока + pepsin.	Пептическая сила сока + HCl.	Пептическая сила сока + pepsin + HCl.
мая 11	0,17	0,041	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 10 минутъ и раньше немного (3 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1 часъ (3 опредѣленія).	черезъ $6^1/_2$ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опредѣленія).	около 3 ч.	$2^3/_4$ ч.	$1^1/_2$ ч.	$1^1/_2$ ч.
13	0,2	0,044				3	$2^3/_4$	$1^1/_2$	—
15	0,2	0,04				$2^3/_4$	$2^3/_4$	—	—
17	0,17	0,048				$2^1/_2$	около $2^1/_2$	$1^1/_2$	$1^1/_4$
18	0,21	0,048				около $2^3/_4$	—	$1^1/_4$	—
20	0,25	0,051				$2^1/_4$	2	—	—
24	0,25	0,049				$2^1/_4$	2	$1^1/_4$	$1^1/_4$
26	0,22	0,06				$1^3/_4$	около $1^3/_4$	1	1
28	0,21	0,058				$1^3/_4$	—	$1^1/_2$	—
іюня 6	0,24	0,072				$1^1/_2$	$1^1/_2$	—	1
8	0,23	0,065				$1^3/_4$—$1^1/_2$	—	$1^1/_4$	$1^1/_4$

ТАБЛИЦА № 12.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность.	Моторная сила желудка опредѣляемая по Ewald'y.	Моторная сила желудка опредѣляемая по Leube.	Пептическая сила сока. одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.
іюля 15	0,11	0,04	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 10 минутъ (2 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты—черезъ 1—1¼ часа (2 опред.).	не дѣлалось.	2¾ – 3 ч.	2¾ ч.	1¾ ч.	1½ ч.
16	0,13	0,042				3	2¾	—	—
17	0,14	0,033				3½	3½	1½	1¼
18	0,14	0,049				3	2¾	1½	1½
19	0,15	0,046				3	—	—	—
21	0,16	0,056				2	2	1½	—
23	0,16	0,06				2	—	—	—
25	0,15	0,055				2	около 2-хъ	1¼	1

ТАБЛИЦА № 13.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемая по Ewald'у	по Leube.	Пептическая сила сока одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
апр. 19	0,19	0,033	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 8—10 мин. (3 опред.).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1—1¼ ч. (3 опредѣленія).	черезъ 6½ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опред.).	4 ч.	3¾ ч.	1½ ч.	1 ч.
24	0,16	0,041				3½	3½	1½	1½
25	0,21	0,039				—	—	—	—
27	0,18	0,046				3	2¾	1¼	—
30	0,19	0,04				3¼	около 3¼	1½	1¼
мая 1	0,16	0,051				2	2	—	—
3	0,19	0,042				—	—	—	—
4	0,18	0,06				2	1¾	1½	—
8	0,19	0,05				2	2	1½	1½
11	0,21	0,055				около 2	около 2	1¼	1
13	0,19	0,055				—	—	—	—
21	0,21	0,048				3	около 3	1¼	1

ТАБЛИЦА № 14.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока.			
				по Ewald'у.	по Leube.	одного.	+ pepsiu.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.
мая 5	0,22	0,049	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 10—14 мин. (2 опред.).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1 часъ (1 опредѣленіе).	черезъ $6^1/_2$ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (1 опред.).	$2^1/_4$ ч.	2 ч.	1 ч.	1 ч.
8	0,24	0,045				—	—	—	—
11	0,25	0,053				2	2	1	1
13	0,23	0,05				$2^1/_4$	$2^1/_4$	$1^1/_4$	—
14	0,23	0,05				2	2	1	около 1

ТАБЛИЦА № 15.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
апр. 28	0,17	0,03	первое появленіе въ слюнѣ через 8—10 минутъ (3 опред.)	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1—1¼ часъ (2 опредѣленія).	черезъ 6½ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (1 опред.).	около 4 ч.	3¼ ч.	1½	—
29	0,17	0,017				5½	5	1½	1
мая 2	0,19	0,02				4½	4	1½	—
4	0,18	0,034				3½	—	1½	—
6	0,18	0,04				—	—	—	—
7	0,19	0,04				2¾	2¼	—	—
9	0,2	0,036				3¼	3	—	1
10	0,19	0,048				2¼	—	—	—
12	0,2	0,048				2¼	2¼	1¼	1¼

ТАБЛИЦА № 16.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
				по Ewald'у.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
апр. 16	0,26	0,015	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 10—12″ (3 опред.).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1 часъ (2 опред.).	черезъ 6½ часовъ послѣ обѣда жедокъ былъ пустъ (3 опред.).	—	—	—	—
18	0,26	0,014				6 ч.	около 6 ч.	1½ ч.	1¼ ч.
19	0,27	0,013				6½	6	1½	1½
28	0,23	0,017				5	около 5	1½	—
30	0,24	0,021				5½	5	1½	—
мая 1	0,23	0,02				—	—	—	—
5	0,22	0,024				4½	около 4½	1¼	1
8	0,21	0,027				4½	—	1½	—
12	0,22	0,031				4	4	1¼	1
14	0,22	0,031				4	—	1½	—
16	0,22	0,03				4	3¾	1¼	1

ТАБЛИЦА № 17.

Число и мѣсяцъ.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемая по Ewald'у.	Моторная сила желудка опредѣляемая по Leube.	Пептическая сила сока: одного.	Пептическая сила сока: + pepsin.	Пептическая сила сока: + HCl.	Пептическая сила сока: + pepsin + HCl.
мая 4	0,13	0,017	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 10—12 мин. (3 опред).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1 часа (3 опредѣленія).	черезъ 6¹/₂ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опредѣленія).	5³/₄ ч.	—	—	—
6	0,15	0,019				5³/₄	5¹/₂ ч.	1³/₄ ч.	1¹/₄ ч.
10	0,15	0,025				4¹/₂	—	1¹/₂	—
14	0,18	0,028				4¹/₂	4	1¹/₄	1
16	0,24	0,012				—	—	—	—
19	0,2	0,015				около 6	—	1¹/₄	—
21	0,2	0,021				4³/₄	4¹/₂	—	—
23	0,23	0,013				около 8	6¹/₂	1¹/₂	1¹/₂
іюня 4	0,21	0,02				5¹/₄	—	—	—
6	0,21	0,024				5	4¹/₂	1¹/₄	1

ТАБЛИЦА № 18.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемая по Ewald'у.	Моторная сила желудка опредѣляемая по Leube.	Пептическая сила сока одного.	Пептическая сила сока + pepsin.	Пептическая сила сока + HCl.	Пептическая сила сока + pepsin + HCl.
мая 31	0,26	0,011	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 8—10 минутъ (3 опредѣленія).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1 часъ (2 опредѣленія).	черезъ $6^1/_2$ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опредѣленія).	9 ч.	около 9 ч.	2 ч.	—
іюня 3	0,23	0,015				$5^3/_4$	$5^1/_2$	—	—
5	0,24	0,017				5	—	$1^3/_4$	—
7	0,23	0,012				$7^1/_2$	$7^1/_2$	2	$1^3/_4$ ч.
9	0,2	0,012				около 8	$7^1/_2$	около 2	—
11	0,22	0,018				—	—	—	—
13	0,21	0,02				$4^1/_4$	—	$1^1/_2$	$1^1/_2$
15	0,19	0,027				4	$3^3/_4$	—	$1^1/_2$
17	0,21	0,019				$4^1/_4$	—	$1^1/_4$	—
19	0,19	0,025				4	—	—	$1^1/_4$

ТАБЛИЦА № 19.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Цвѣтовыя реакціи на свободную HCl				Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока.			
			конго.	метилъ-віолегъ.	тропеолинъ.	фрологлюц-ванилинъ.	по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.
апр. 13	0,087	0,016	еле	еле	слегка	да	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1—$1^1/_4$ ч. (2 опредѣленія).	черезъ $6^1/_2$ часовъ послѣ обѣда желудокъ еще содержалъ небольшіе остатки пищи (2 раза).	$6^3/_4$ ч.	—	2 ч.	—
15	0,1	0,012	нѣтъ	еле	слегка	да			около 9—10	7 ч.	$1^3/_4$	$1^1/_4$ ч.
16	0,094	0,014	нѣтъ	еле	слегка	да			7	—	—	—
18	0,09	0,014	нѣтъ	еле	слегка	да			около 7	6	—	$1^1/_2$
19	0,12	0,018	слегка	слегка	да	да			5	5	$1^1/_2$	—

ТАБЛИЦА № 20.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Цвѣтовыя реакціи на свободную HCl				Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
			конго.	метилъ-віолетъ.	тропеолинъ.	флороглюц-ванилинъ.	по Ewald'у.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
іюня 10	0,11	0,01	еле	еле	слегка	да	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1—1¹/₄ часа (2 опред.).	черезъ 6¹/₂ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (2 опред.).	около 10—12 ч.	—	3 ч.	2 ч.
11	0,1	0,008	нѣтъ	нѣтъ	слегка	да			около 24	около 24 ч.	3	2
12	0,11	0,014	слегка	слегка	да	да			—	—	—	—
14	0,13	0,015	—	—	—	—			5	5	1¹/₂	1¹/₂
16	0,14	0,015	слегка	слегка	да	да			около 6	5	—	1¹/₂
17	0,12	0,009	нѣтъ	нѣтъ	слегка	да			около 24	—	2¹/₂	—
18	0,12	0,01	—	—	—	—			около 12	—	—	1¹/₂
19	0,13	0,009	нѣтъ	нѣтъ	слегка	да			около 24	—	3	—

ТАБЛИЦА № 21.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока.			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.
мая 18	0,01	0,002	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 10 мин. (2 опред.).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ 1 часъ (2 опредѣленія).	не дѣлалось.	черезъ 24 часа кружокъ еще не растворился.		6 ч.	2 ч.
19	0,03	0,004				—	—	5	2
21	0,12	0,029				$4^1/_2$	4	2	1
22	0,14	0,027				4	около 4	$1^3/_4$	1

ТАБЛИЦА № 22.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Цвѣтовыя реакціи на свободную HCl: конго.	метилъ-віолетъ.	тропеолинъ.	флороглюц-ванилинъ.	Моторная сила желудка опредѣляемая: по Ewald'y.	по Leube.	Пептическая сила сока: одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
мая 24	0,1	0,006	нѣтъ	нѣтъ	еле	слегка	первое появленіе въ мочѣ салициловой кислоты черезъ 1 часъ (2 опредѣленія).	черезъ $6^1/_2$ часовъ послѣ обѣда желудокъ былъ пустъ (1 опред.).	черезъ 24 ч. кружокъ еще нерастворился.		6 ч.	$2^1/_2$ ч.
27	0,08	0,009	нѣтъ	нѣтъ	слегка	слегка			—	—	—	—
29	0,09	0,007	—	—	—	—			черезъ 24 ч. кружокъ еще нерастворился.		—	2
31	0,095	0,01	еле	еле	слегка	да			черезъ 24 ч. кружокъ еще нерастворился.		6	2
іюня 1	0,07	0,008	нѣтъ	нѣтъ	слегка	слегка			—	—	—	—
3	0,08	0,008	нѣтъ	нѣтъ	слегка	да			—	—	7	$1^3/_4$

ТАБЛИЦА № 23.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Цвѣтовыя реакціи на свободную HCl: конго.	метилъ-віолетъ.	тропеолинъ.	флороглюц-ванилинъ.	Моторная сила желудка опредѣляемая: по Ewald'у	по Leube.	Пептическая сила сока: одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
іюня 4	0,015	0,005	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ $1-1\frac{1}{4}$ часъ (2 опред.).	черезъ $6\frac{1}{2}$ часовъ послѣ обѣда желудокъ еще содержалъ остатки пищи (3 опред.).	черезъ сутки кружокъ еще нерастворился.		7—8 ч.	2 ч.
5	0,034	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			черезъ сутки кружокъ еще нерастворился.		—	3
6	0,025	0,005	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	—	—	—
8	0,04	0,0027	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	—	около 9	$2\frac{1}{4}$
10	0,029	0,003	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	—	около 9	—
12	0,06	0,008	нѣтъ	нѣтъ	слегка	слегка			черезъ сутки кружокъ еще нерастворился.		около 6	2
14	0,067	0,007	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	слегка			—	—	6	—
16	0,039	0,0045	—	—	—	—			—	—	—	—
17	0,025	0,005	—	—	—	—			—	—	около 7	$2^{1}/$

ТАБЛИЦА № 24.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Цвѣтовыя реакціи на свободную HCl				Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
			конго.	метиль-віолетъ.	тропеолинъ.	флороглюц-ванилинъ.	по Ewald'у.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.
марта 26	0,02	0,0021	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ $1^1/_4$ часа (3 опредѣленія).	черезъ $6^1/_2$ часовъ послѣ обѣда желудокъ содержалъ еще небольшіе остатки пищи (2 опредѣленія).	черезъ сутки кружокъ еще не растворился.		6 ч.	2 ч.
27	0,03	0,0042	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	—	—	—
29	0,024	0,002	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			см. выше		около 6	$1^3/_4$
30	0,038	0,004	—	—	—	—			—	—	—	—
апр. 3	0,042	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			см. выше		5	$1^1/_2$
5	0,031	0,0038	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	—	$6^1/_2$	$1^1/_2$
7	0,028	0,0042	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	—	около 7	2
9	0,051	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	слегка			см. выше		6	$1^1/_2$
10	0,04	0,005	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	слегка			—	—	—	—
11	0,039	0,004	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	—	—	—
16	0,04	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	слегка			см. выше		около 6	$1^1/_2$
17	0,05	0,0039	—	—	—	—			—	—	$6^1/_2$	$1^3/_4$
18	0,05	0,0048	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	—	$6^1/_2$	—

ТАБЛИЦА № 25.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Цвѣтовыя реакціи на свободную HCl				Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока			
			конго.	метилъ-віолетъ.	тропеолинъ.	флороглюц-ванилинъ.	по Ewald'y	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin + HCl.
апр. 8	0,021	0,0063	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	слабо	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ $1^1/_4$—$1^1/_2$ часъ (2 опред.).	черезъ $6^1/_2$ часовъ послѣ обѣда желудокъ еще содержалъ остатки пищи (2 опред.).	черезъ сутки кружокъ еще нерастворился.		$7^1/_2$ ч.	2 ч.
9	0,021	0,005	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	еле			—	—	—	—
10	0,031	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	слабо			—	—	8	2
12	0,014	0,004	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			черезъ сутки кружокъ еще нерастворился.		8	$2^1/_2$
14	0,033	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	слабо			—	—	7	—
15	0,035	0,006	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			—	—	7	2
17	0,02	0,0048	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ			черезъ сутки кружокъ еще нерастворился.		7—8	—
21	0,03	0,007	нѣтъ	нѣтъ	слабо	слабо			—	—	—	—
23	0,03	0,007	нѣтъ	нѣтъ	еле	слабо			черезъ сутки кружокъ еще не растворился.		около 8	—

ТАБЛИЦА № 26.

Мѣсяцъ и число.	% общей кислотности.	% количество свободной HCl.	Всасывательная способность для JK.	Моторная сила желудка опредѣляемая		Пептическая сила сока.			
				по Ewald'y.	по Leube.	одного.	+ pepsin.	+ HCl.	+ pepsin. + HCl.
мая 4	0,06	0,004	первое появленіе въ слюнѣ черезъ 10—12″ (2 опред.).	первое появленіе въ мочѣ салицилуровой кислоты черезъ $1^1/_2$ часа (2 опредѣленія).	черезъ $6^1/_2$ часовъ послѣ обѣда желудокъ еще содержалъ незначительные остатки пищи (1 опр.).	черезъ сутки кружокъ еще не растворился.		около 8 ч.	$2^1/_2$—3 ч.
5	0,06	0,003				—	—	—	2
6	0,09	0,004				—	—	7	около 2
8	0,07	0,006				см. выше		7	$2^1/_4$
9	0,08	0,006				—	-	около 7	$2^1/_4$

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Къ табл. № 1. Сокъ обыкновенно получался въ достаточномъ количествѣ, прозрачный, безцвѣтный; легко фильтровался. Пищевая кашица хорошо измельчена и переварена. Молочная кислота +. Альбуминъ и синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Прибавляемый по каплямъ къ фильтрату растворъ Lugol'я давалъ послѣдовательно окраску: пурпуровокрасную, безцвѣтную, желтую и синефіолетовую Labferment +: створживаніе молока наступало черезъ 10—20′ (7 опредѣленій).

Къ табл. № 2. Сокъ прозрачный, безцвѣтный, легко фильтровался. Пищевая кашица хорошо измельчена и переварена (23/VII числа: сокъ опалесцирующій, въ небольшомъ количествѣ и пищевая кашица плохо переварена). Цвѣтовыя реакціи на свободную HCl выражены рѣзко (23/VII числа присутствіе ея обнаруживается лишь при помощи трапеолина и флороглюцинъ-ванилина). Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. (23/VII числа пептона очень мало). Реакція Троммера +. Окраска отъ раствора Lugol'я: пурпуровокрасная, безцвѣтная, желтая и синефіолетовая (23/VII: безцвѣтная, желтая). Labferment +: молоко створаживалось черезъ 15—30′ (6 опредѣленій).

Къ табл. № 3. Сокъ—опалесцирующій, фильтровался неособенно скоро. Примѣсь слизи. Пищевая кашица хорошо измельчена и переварена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ-парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпурово-красная, безцвѣтная, желтая и синефіолетовая. Labferment +. молоко створаживалось черезъ 15—30′ (7 опредѣленій).

Къ табл. № 4. Почти во всѣхъ случаяхъ сока получалось достаточное количество; опалесцирующій, желтоватаго оттѣнка, легко фильтровался. Пищевая кашица хорошо измельчена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я до 12/VII числа: пурпуровокрасная, безцвѣтная и желтая, послѣ 12/VII числа: пурпуровокрасная, безцвѣтная, желтая и синефіолетовая

(или просто фіолетовая). Labferment +: молоко створаживалось черезъ 15—20—30′ (7 опредѣленій).

Къ табл. № 5. Сокъ опалесцирующій, по большей части въ достаточномъ количествѣ, фильтровался легко. Пищевая кашица измельчена и переварена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуровокрасная, безцвѣтная, желтая и синефіолетовая. Labferment +: молоко створаживалось черезъ 10—15′ (8 опредѣленій).

Къ табл. № 6. Сокъ-свѣтлоопалесцирующаго цвѣта, обыкновенно въ достаточномъ количествѣ, легко фильтровался. Пищевая кашица переварена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуровокрасная безцвѣтная, желтая и синефіолетовая. Labferment +: створаживаніе молока черезъ 10—20′ (6 опредѣленій).

Къ табл. № 7. Сокъ почти всегда получался въ достаточномъ количествѣ, прозрачный, слизистый, не легко фильтровавшійся. Кусочки хлѣба измельчены и переварены хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуровокрасная, безцвѣтная, желтая и синефіолетовая (или просто фіолетовая). Labferment +: створаживаніе молока— черезъ 10—20′ (6 опредѣленій).

Къ табл. №8. Сокъ—опалесцирующій, легко фильтровался. Кусочки пищи хорошо измельчены въ сплошную клеевидную массу. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуровокрасная, безцвѣтная, желтая и фіолетовая (28/v: пурпуров.-красная, безцвѣтная и желтая) Labferment +: створаживаніе молока черезъ 15—30′ (7 опредѣленій).

Къ табл. №9. Сокъ—водянистослизистый, опалесцирующій, фильтровался плохо. Пищевая кашица представляла видъ клеевой массы, равномѣрно измельченной. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуровокрасная, безцвѣтная, желтая и фіолетовая. Labferment +: створаживаніе молока черезъ 10—20′ (6 опредѣленій).

Къ табл. № 10. Сокъ — опалесцирующій, желтоватаго оттѣнка; фильтровался легко. Пищевая кашица измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуров.-красная, безцвѣтная, желтая и фіоле-

товая. Labferment +: свертываніе молока—черезъ 10—20′ (8 опредѣленій).

Къ табл. № 11. Сокъ — опалесцирующій, фильтровался легко. Пищевая кашица хорошо измельчена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпурово-красная, безцвѣтная, желтая и фіолетовая (иногда синефіолетовая). Labferment +: свертываніе молока — черезъ 15—30′ (7 опредѣленій).

Къ табл. № 12. Сокъ — опалесцирующій съ желтоватымъ оттѣнкомъ, фильтровался легко. Кашица измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +.Реакція Троммера+. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуровокрасная, безцвѣтная, желтая и фіолетовая. Labferment +: створаживаніе молока—черезъ 10—15′ (5 опредѣленій).

Къ табл. № 13. Сокъ представлялъ видъ мутной бѣловатой жидкости, фильтровался не особенно легко. Кашица пищевая измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и фіолетовая. Labferment +: створаживаніе молока — черезъ 15—30′ (7 опредѣленій).

Къ табл. № 14. Сокъ—опалесцирующій, фильтровался легко. Пищевая кашица измельчена хорошо. Молочная кислота+. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера+. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.—красная, безцвѣтная, желтая и фіолетовая. Labferment+: свертываніе молока—черезъ 15—30′ (4 опредѣленія).

Къ табл. № 15. Сокъ—опалесцирующій, фильтровался легко. Кашица измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и фіолетовая (29/IV и 2/V: пурпурово-красная, безцвѣтная и желтая). Labferment + : створаживаніе молока—черезъ 15—30′ (6 опред.).

Къ табл. № 16. Сокъ—опалесцирующій, слегка желтоватый; легко фильтровался. Кашица хорошо измельчена и переварена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпуров.-красная, безцвѣтная, желтая и слабофіолетовая. Labferment + : створаживаніе молока—черезъ 15—30′ (9 опредѣленій).

Къ табл. № 17. Сокъ прозрачный, фильтровался не особенно легко. Присутствіе слизи; кашица измельчена хорошо.

Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и слабофіолетовая. Labferment +: створаживаніе молока, чрезъ 15—30' (8 опредѣленій).

Къ табл. № 18. Сокъ—прозрачный, фильтровался легко кашица хорошо измельчена. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.-красная, безцвѣтная, желтая и слабофіолетовая (5/VI и 9/VI: пурпур.-красная, безцвѣтная и желтая). Labferment +: створаживаніе молока—черезъ 15—30' (6 опредѣленій).

Къ табл. № 19. Сокъ—прозрачный, тягучій; фильтровался не такъ легко. Присутствіе слизи; кашица измельчена хорошо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ +. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: безцвѣтная и желтая (19/IV: пурпур.-красная, безцвѣтная и желтая). Labferment +: створаживаніе молока—черезъ 20—30' (3 опредѣленія). Первое появленіе въ слюнѣ іода—черезъ 10—12' (3 опредѣл.).

Къ табл. № 20. Сокъ—опалесцирующій; фильтровался легко. Кусочки хлѣба переварены плохо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ + (послѣдняго обыкновенно слѣды). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур.-красная, безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживаніе молока черезъ 30—45' (7 опр.). Первое появленіе въ слюнѣ jodа непозже 10' (2 опред.).

Къ табл. № 21. Сокъ—опалесцирующій; фильтровался легко. Пищевая кашица 18/V и 19/V представляла набухшіе кусочки хлѣба безъ видимыхъ слѣдовъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ + (послѣдняго 18/V и 19/V—лишь слѣды). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур-красная, безцвѣтная, желтая и фіолетовая (18/V и 19/V: безцвѣтная и желтая). Labferment +: створоживаніе молока черезъ 15—30' (18/V и 19/V—черезъ 45—60').

Къ табл. № 22. Сокъ опалесцирующій съ желтоватымъ оттѣнкомъ; фильтровался легко. Кашица—безъ видимыхъ слѣдовъ пищеваренія. Молочныя кислота +. Альбуминъ, синтонинъ парапептонъ и пептонъ (послѣдній—въ видѣ слѣдовъ). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: пурпур-красная, безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживаніе молока наступало черезъ $1^1/_2$—2 часа (5 опредѣленій). Первое появленіе въ слюнѣ іода—не позже 10' (2 опр.).

Къ табл. № 23. Сокъ — опалесцирующій съ желтоватымъ оттѣнкомъ; фильтровался легко. Кусочки пищи — переварены плохо. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ + (послѣдній въ видѣ слѣдовъ: 4/VI, 8/VI и 17/VI числа). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживаніе молока — черезъ 1—1½ часа (5 опред.). Первое появленіе въ слюнѣ іода—не позже 14′ (3 опред.).

Къ табл. № 24. Сокъ—опалесцирующій; фильтровался легко. Кашица—изъ набухшихъ кусочковъ хлѣба безъ видимыхъ признаковъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ + (26/III, 29/III, 5/IV, 7/IV, 11/IV, 18/IV числа синтонинъ—лишь въ видѣ слѣдовъ). 29/III и 11/IV числа пептонъ—отсутствовалъ, а 26/III, 5/IV, 7/IV, 16/IV и 18/IV опредѣлялся лишь въ видѣ слѣдовъ. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я; безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживаніе молока—черезъ ¾—2 часа; въ двухъ случаяхъ получился лишь labzymogen (10 опредѣленій). Первое появленіе въ слюнѣ іода—черезъ 15—20′ (4 опред.).

Къ табл. № 25. Сокъ—прозрачный; фильтровался не легко. Присутствіе слизи. Кусочки хлѣба — безъ внѣшнихъ признаковъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ и парапептонъ +. Синтонина и пептона слѣды. Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Lugol'я: безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживаніе молока черезъ 1—1½ часа; одинъ разъ получился лишь Labzymogen (7 опредѣленій). Первое появленіе въ слюнѣ іода—черезъ 17—19′ (2 опред.).

Къ табл. № 26. Сокъ — опалесцирующій; фильтровался не особенно легко. Присутствіе слизи. Куски хлѣба - безъ внѣшнихъ слѣдовъ пищеваренія. Молочная кислота +. Альбуминъ, синтонинъ, парапептонъ и пептонъ+ (послѣдняго—слѣды). Реакція Троммера +. Окраска растворомъ Jugol'я: безцвѣтная и желтая. Labferment +: створаживаніе молока—черезъ 1¼—1½ часа (4 опредѣл.).

Заканчивая свой трудъ, считаю пріятнымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность глубокоуважаемому Николаю Петровичу Васильеву какъ за предложенную мнѣ тэму, такъ и за совѣты, которыми

я постоянно пользовался, работая въ его больницѣ. Благодарю ближайшихъ помощниковъ главнаго врача больницы: В. П. Доброклонскаго и П. Д. Кувшинскаго— за ихъ всегдашнюю обязательность и любезность.

Дружеское спасибо д-рамъ А. П. Войновичу, П. И. Дроздовскому и И. В. Лившицъ—часто мнѣ помогавшимъ.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Желательно имѣть возможно бо́льшее число точныхъ изслѣдованій желудочнаго сока у людей здоровыхъ при различномъ пробномъ столѣ.

2) Введеніе въ первый разъ желудочнаго зонда нефритикамъ можетъ, повидимому, иногда способствовать проявленію у нихъ припадковъ острой уреміи.

3) Имѣются фактическія основанія къ терапевтическому примѣненію во многихъ случаяхъ почечныхъ заболѣваній препаратовъ пепсина, солодоваго экстракта и соляной кислоты.

4) Поносы у нефритиковъ часто зависятъ отъ желудочныхъ диспепсій.

5) Подострые и хроническіе припадки уреміи не исключаютъ возможности существованія у нефритиковъ нормальнаго содержанія HCl въ желудочномъ сокѣ и нормальной пищеварительной дѣятельности послѣдняго.

6) „Самопроизвольные“ остеоміэлиты не представляютъ единства въ своей этіологіи, а вызываются, вѣроятно, весьма различными видами патогенныхъ микроорганизмовъ.

7) Отрицать активную роль Friedlaender'овскихъ микробовъ въ этіологіи крупозной пневмоніи нельзя.

8) При обсужденіи нозологическаго характера идіопатическихъ бубоновъ маляріи должно быть отведено видное мѣсто.

9) Только подъемъ нравственно-философскаго развитія практическихъ врачей можетъ внести въ среду ихъ существенную дисциплинирующую связь.

CURRICULUM VITAE.

Василій Павловичъ Кравковъ, уроженецъ г. Рязани, изъ солдатскихъ дѣтей, родился въ 1859 году. Среднее образованіе получилъ въ Рязанской губернской гимназіи, по окончаніи которой въ 1878 году поступилъ въ Императорскую Медико-Хирургическую Академію, гдѣ по окончаніи курса въ 1883 году признанъ былъ лекаремъ. Въ 1884 году опредѣленъ былъ на службу въ г. Оренбургъ въ 159 пѣхотный Гурійскій полкъ. Въ 1888 году прикомандированъ къ Казанскому военному госпиталю; въ этомъ же году при Казанскомъ университетѣ сдалъ экзаменъ на доктора медицины. Въ 1889 году прикомандированъ съ научною цѣлью къ Императорской Военно-Медицинской Академіи.

Изъ печатныхъ работъ, кромѣ настоящей, имѣетъ:

1) Объ „аттрактивѣ“ d'Estanque. Зубоврач. Вѣстн. 1885 г. № 3.

2) „Къ вопросу объ участіи лимфатическихъ железъ и костнаго мозга въ острой малярійной инфекціи“. Русск Мед. 1885 г. №№ 45, 46.

3) „Чего нужно ожидать отъ прогресса оперативной хирургіи въ дѣлѣ экстракціи зубовъ“. Зубоврач. Вѣстн. 1886 г. № 10.

4) Предварительное сообщеніе, касающееся настоящей работы. Больничная Газета Боткина 1890 г. № 30, 31.

ЗАМѢЧЕННЫЯ ОПЕЧАТКИ.

стр.	строка:	напечатано:	должно быть:
16	27 св.	зарегестрировать	зарегистрировать
42	25 „	$0{,}23^{3}/_{0}$	$0{,}23^{0}/_{0}$
„	3 сн.	выраженіе лица страдальческое, выражающее и проч.	выраженіе лица страдальческое, представляющее и проч.
48	7 св.	koli chlor	kali chlor.
63	12 „	органовъ;	органовъ,
65	4 „	субъ, екты	субъекты
67	15 „	Въ нѣкоторыхъ типическихъ и т.-д.	Въ нѣкоторыхъ (типическихъ) и т.-д.

ВЪ ТАБЛИЦАХЪ:

№ 1 и 2	маторная сила	моторная сила
№ 3	маторная сила желудка, опредѣляемыя	моторная сила жел., опредѣляемая
№ 5 и 4	маторная сила жел., опредѣляема	моторная сила жел,, опредѣляемая
№№ 1, 2, 5, 7, 10, 16, 26	минуты изображены черезъ значекъ ″	нужно изобразить черезъ ′

ВЪ ПРИЛОЖЕНІИ:

стр.:	строка:	напечатано:	должно быть:
27	9 св.	створживаніе	створаживаніе
„	16 „	трапеолина	тропеолина
„	9 сн.	labferment +.	labfermeut +:
28	8 сн.	пурпуронокрасн.	пурпуровокр.
„	2 „		
29	5 св.		
„	13 „	парапептонъ и пептонъ	парапептонъ и пептонъ
„	25 „		
„	13 сн		
31	8 „		
30	6 сн.	молочныя	молочная
